

VIỆN HÀN LÂM KHOA HỌC XÃ HỘI VIỆT NAM
HỌC VIỆN KHOA HỌC XÃ HỘI

ĐỖ HOÀNG PHÚC

SỬ DỤNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI
TRONG TRỊ LIỆU TÂM LÝ CHO BỆNH NHÂN RỐI LOẠN
CẢM XÚC TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN LONG AN

LUẬN VĂN THẠC SĨ TÂM LÝ HỌC

HÀ NỘI, 2020

VIỆN HÀN LÂM KHOA HỌC XÃ HỘI VIỆT NAM
HỌC VIỆN KHOA HỌC XÃ HỘI

ĐỖ HOÀNG PHÚC

**SỬ DỤNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI
TRONG TRỊ LIỆU TÂM LÝ CHO BỆNH NHÂN RỐI LOẠN
CẢM XÚC TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN LONG AN**

Chuyên ngành: Tâm lý học

Mã số: 8310401

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

TS. VŨ THU TRANG

HÀ NỘI, 2020

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan luận văn là công trình nghiên cứu khoa học, độc lập của tôi; các số liệu, kết quả nêu trong luận văn là trung thực và có nguồn gốc rõ ràng.

TÁC GIẢ LUẬN VĂN

Đỗ Hoàng Phúc

LỜI CẢM ƠN

Luận văn là kết quả của quá trình học tập, nghiên cứu tại Học viện Khoa học xã hội kết hợp với sự nỗ lực cố gắng của bản thân. Đạt được kết quả này, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành đến:

Quý Thầy/Cô giáo Học viện Khoa học xã hội, Khoa Tâm lý – Giáo dục đã truyền đạt kiến thức, tận tình giúp đỡ tôi trong những năm học vừa qua. Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc nhất đến Cô giáo, TS. Vũ Thu Trang - người hướng dẫn khoa học đã dành nhiều thời gian quý báu giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập cũng như nghiên cứu và thực hiện luận văn.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Tâm thần Long An, Trưởng khoa và các chuyên viên tâm lý tại khoa Tâm lý lâm sàng, các bác sĩ, điều dưỡng tại các khoa lâm sàng, cũng như các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi hoàn thành luận văn của mình.

Cuối cùng, tôi xin chân thành cảm ơn gia đình, bạn bè đã động viên giúp đỡ tôi trong quá trình thực hiện luận văn này./.

Xin gửi lời chúc sức khỏe, thành công và chân thành cảm ơn!

Hà Nội, ngày 13 tháng 03 năm 2020

TÁC GIẢ LUẬN VĂN

Đỗ Hoàng Phúc

MỤC LỤC

MỞ ĐẦU	1
Chương 1: CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ SỬ DỤNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI TRONG TRỊ LIỆU TÂM LÝ CHO BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CẢM XÚC	14
1.1. Liệu pháp trị liệu tâm lý.....	14
1.2. Rối loạn cảm xúc	19
Chương 2: TỔ CHỨC VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	33
2.1. Tổ chức nghiên cứu	33
2.2. Phương pháp nghiên cứu	38
2.3. Mô tả quá trình áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi ở bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp	41
2.4. Đạo đức nghiên cứu	44
Chương 3: THỰC TRẠNG SỬ DỤNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC - HÀNH VI TRONG TRỊ LIỆU TÂM LÝ CHO BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CẢM XÚC Ở BỆNH VIỆN TÂM THẦN LONG AN	45
3.1. Hiệu quả sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm tại Bệnh viện Tâm thần Long An.....	45
3.2. Nghiên cứu trường hợp điển hình bệnh nhân trầm cảm được trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức hành vi	51
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	79
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

TT	Các chữ viết tắt	Các chữ viết đầy đủ
1	BVTTLA	Bệnh viện Tâm thần Long An
2	ICD-10	Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và vấn đề sức khỏe liên quan (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
3	NTL	Nhà trị liệu
4	WHO	Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization)

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1. Khái quát về khách thể nghiên cứu theo độ tuổi	34
Bảng 2.2. Khái quát về khách thể nghiên cứu theo giới tính	35
Bảng 2.3. Khái quát về các khách thể nghiên cứu theo tình trạng hôn nhân	35
Bảng 2.4. Khái quát về các khách thể nghiên cứu theo trình độ học vấn	36
Bảng 2.5. Khái quát các khách thể nghiên cứu theo nghề nghiệp	36
Bảng 2.6. Các triệu chứng trầm cảm của khách thể nghiên cứu trước khi điều trị...37	
Bảng 2.7. Điểm nghiệm pháp Beck của hai nhóm trước khi điều trị.....38	
Bảng 3.1. Sự thay đổi các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trầm cảm qua 4 tuần 45	
Bảng 3.2. Sự thay đổi các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trầm cảm qua 8 tuần 48	
Bảng 3.3. Sự thay đổi điểm thang đo trầm cảm của Beck qua 04 tuần ở hai nhóm .50	
Bảng 3.4. Sự thay đổi điểm thang đo trầm cảm của Beck qua 8 tuần ở hai nhóm ...51	
Bảng 3.5. Xác định mô hình ABCD trong trường hợp của T	59
Bảng 3.6. Xác định sự kiện A của bệnh nhân N.T.T	61
Bảng 3.7. Xác định suy nghĩ không hợp lý của bệnh nhân N.T.T.....61	
Bảng 3.8. Mẫu cân bằng suy nghĩ	63
Bảng 3.9. Bảng ghi chuỗi hoạt động gây ra tâm trạng của bệnh nhân N.T.T.....66	
Bảng 3.10. Các hoạt động có lợi cho sức khỏe chưa thực hiện được của N.T.T.....69	
Bảng 3.11. Thực hiện các bước vượt qua khó khăn của N.T.T	71
Bảng 3.12. Các hoạt động trách nhiệm và bản thân thích làm của N.T.T	72
Bảng 3.13. Đánh giá mức độ thích thú trước và sau hoạt động của bệnh N.T.T.....73	
Bảng 3.14. Các hoạt động đóng góp vào sự thành công vượt qua trầm cảm của N.T.T	74
Bảng 3.15. Xác định tình huống nguy và mức độ tâm trạng của N.T.T.....75	
Bảng 3.16. Xác định giải pháp và tự tin vượt qua trầm cảm của N.T.T	75

DANH MỤC BIỂU, HÌNH

Biểu đồ 3.1. Sự thay đổi về tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm sau 04 tuần điều trị	47
Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi về tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm sau 08 tuần điều trị	50
Hình 3.1. Sự kiện gây khó chịu.....	64

MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của đề tài

Việt Nam đang bước vào thời kỳ công nghiệp hóa - hiện đại hóa, đang phấn đấu để trở thành một nước có nền công nghiệp văn minh và phát triển để hòa nhập với nền văn minh của thế giới. Tuy nhiên, bất cứ sự phát triển nào cũng có tính hai mặt của nó. Một mặt, khi xã hội càng phát triển với tốc độ vũ bão, kéo theo sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật và nền kinh tế, đời sống vật chất của con người ngày càng được nâng cao. Mặt khác, khối lượng và cường độ công việc cao, đòi hỏi con người phải cố gắng không ngừng. Con người ngày càng thiếu thời gian cho bản thân và người khác, ít quan tâm đến nhau, chia sẻ những khó khăn với nhau trong cuộc sống. Khi xã hội tạo ra cho con người nhiều áp lực, thì con người ngày càng căng thẳng và đã làm nảy sinh một số rối loạn như lo âu, stress, trầm cảm...

Những nghiên cứu về tỷ lệ mắc cũng như các yếu tố liên quan tới vấn đề sức khỏe tâm trí đang chỉ ra rằng, người dân Việt Nam có thể có nguy cơ mắc vấn đề sức khỏe tâm trí tăng lên, đặc biệt đối với trẻ em và người làm việc văn phòng. Nghiên cứu dịch tễ học gần đây sử dụng bộ câu hỏi SDQ bản dùng cho cha mẹ chỉ ra tỷ lệ mắc vấn đề sức khỏe tâm trí trẻ em và trẻ vị thành niên tại Đà Nẵng là 9.1% [49]. Trong các rối loạn tâm thần, rối loạn cảm xúc là căn bệnh phổ biến thứ hai, khoảng 5% dân số thế giới mắc phải chứng bệnh này. Tại Việt Nam, rối loạn cảm xúc chỉ thực sự được quan tâm trong khoảng hơn một thập niên gần đây, trước đó chủ yếu là các nghiên cứu về bệnh tâm thần phân liệt. Theo thống kê của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh vào năm 2018, tại Việt Nam, có khoảng 15% dân số mắc các rối loạn tâm thần phổ biến liên quan tới stress, 3 triệu người bị rối loạn tâm thần nặng [29]. Còn thông báo tại Viện Sức khỏe Tâm thần cho thấy có 30% dân số Việt Nam mắc các bệnh rối loạn tâm thần, trong đó tỷ lệ rối loạn cảm xúc chiếm 25% [6].

Rối loạn cảm xúc và đặc biệt là trầm cảm là một rối loạn tâm lý cần phải can thiệp kịp thời, để lâu sẽ khó điều trị và có thể gây ra những hệ lụy nghiêm trọng. Ở Việt Nam hiện nay, điều trị rối loạn cảm xúc chủ yếu bằng phương pháp hoá dược, trong khi rối loạn cảm xúc là một bệnh tâm căn và cần phải được can thiệp kết hợp bằng liệu pháp tâm lý trong quá trình điều trị. Ngày nay, điều trị tâm lý đã trở thành hình thức trợ giúp quen thuộc và được chấp nhận rộng rãi trong cộng đồng. Các phiên trị liệu có thể dành cho người có những rối loạn lo âu, trầm cảm, nhưng cũng có thể mang lại lợi ích cho người có sức khỏe tâm thần khỏe mạnh. Một trong

những liệu pháp tâm lý được áp dụng rộng rãi và mang lại hiệu quả rõ rệt chính là liệu pháp nhận thức hành vi. Liệu pháp này giúp bệnh nhân xác định và đối phó với những thách thức cụ thể trong trị liệu. Đây là phương pháp trị liệu được cả nhà tâm lý và thân chủ ưa thích vì nó có cấu trúc rõ ràng, có thể được thực hiện trong thời gian ngắn và mang lại kết quả nhanh chóng. Trên thế giới, hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn tâm lý nói chung và rối loạn cảm xúc nói riêng đã được khẳng định. Tại Việt Nam, tuy liệu pháp nhận thức hành vi đã được áp dụng trong trị liệu tâm lý nhưng còn thiếu những nghiên cứu đánh giá một cách có hệ thống về hiệu quả của liệu pháp này.

Xuất phát từ mức độ phổ biến của rối loạn cảm xúc trong xã hội ngày nay và từ thực tế áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn cảm xúc, chúng tôi thực hiện đề tài ***“Sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc tại Bệnh viện Tâm thần Long An”***.

2. Tình hình nghiên cứu liên quan đến đề tài

2.1. Các nghiên cứu về rối loạn cảm xúc

Các báo cáo nghiên cứu gần đây cho thấy, vấn đề sức khỏe tâm thần có xu hướng gia tăng. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trên 25% dân số thế giới bị rối loạn tâm thần và hành vi tại một thời điểm nào đó trong cuộc đời [76]. Tần suất ước tính của rối loạn lưỡng cực loại 1 là 0% - 0.6%, trong khi đối với rối loạn lưỡng cực loại 2, tỉ lệ trên toàn thế giới là 0.3%; nhưng lên đến 2.7% ở người cao tuổi hoặc dưới 12 tuổi [50].

So với nhiều rối loạn tâm lý khác, rối loạn cảm xúc là một loại rối loạn tương đối phổ biến, trong đó trầm cảm là loại rối loạn cảm xúc phổ biến nhất và cũng được nghiên cứu nhiều nhất.

Một nghiên cứu ở Mỹ năm 2014 tìm ra rằng, hàng năm có khoảng 37.500 người bị rối loạn cảm xúc trong đó 17.600 người mắc chứng trầm cảm, nhưng hơn 2/3 người trầm cảm mà không biết mình bị trầm cảm. Con số báo động là có tới 48% người trầm cảm có ý tưởng tự sát, trong đó 24% những người có ý tưởng tự sát vì không nhận được sự hỗ trợ điều trị bệnh trầm cảm [73].

Năm 2012, rối loạn trầm cảm chủ yếu chiếm 10.3% trong các nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tàn tật suốt đời trên toàn cầu, và ước tính có 350 triệu người ở tất cả nhóm tuổi đang trải qua trầm cảm trên toàn thế giới [78]. WHO dự đoán rằng đến năm 2020, trầm cảm là căn bệnh thứ hai gây hại đến sức khỏe của con người chỉ sau

tim mạch. Đến năm 2030, trầm cảm sẽ là một trong ba nguyên nhân gây nên tàn tật suốt đời có thể chữa được [79].

Theo thống kê của một số nước châu Âu, rối loạn trầm cảm dao động từ 3-4% dân số [73]. Một nghiên cứu ở Ucraina của Tintle N (2011) cho kết quả 14,4% phụ nữ và 7,1% nam giới độ tuổi từ 50 trở lên bị trầm cảm [33].

Theo Laura A. Pratt (2008), tại Mỹ, trong vòng 2 tuần lễ có 5,4% người từ 12 tuổi trở lên bị trầm cảm [63, tr.7]. Khoảng 80% người bị trầm cảm đã báo cáo bị ảnh hưởng đến khả năng làm việc, duy trì cuộc sống gia đình và các hoạt động xã hội khác của họ. Tổng thiệt hại ước tính khoảng 2/3 trong tổng 80 tỷ USD trong năm 2000 vì khả năng sản xuất kém và hay nghỉ việc.

Cũng trong một nghiên cứu về tỷ lệ trầm cảm của tác giả Scott B Patten (2006) đưa ra tỷ lệ trầm cảm chung trong cả cuộc đời là 12,2%, trầm cảm trong năm qua là 4,8%, trầm cảm trong 30 ngày tính đến thời điểm nghiên cứu là 1,8%. Trầm cảm chủ yếu phổ biến ở phụ nữ (5%) hơn ở nam giới (2,9%) [53].

Các nghiên cứu với quy mô, nhóm dân số và các rối loạn khác nhau tại Việt Nam đã dần dần cho thấy những khía cạnh khác nhau của sức khỏe tâm thần. Ở mức cấp nhà nước, chỉ có duy nhất một nghiên cứu dựa trên dân số mang tính đại diện quốc gia được tiến hành ở 6 vùng kinh tế xã hội bởi bệnh viện Tâm thần trung ương 1 vào năm 2002. Theo nghiên cứu này, rối loạn chiếm tỉ lệ cao nhất là nghiện rượu (5.3%), kế đến là trầm cảm (2.8%), đứng thứ ba là rối loạn lo âu (2.6%) [6]. Tuy nhiên, các nghiên cứu dịch tễ học trầm cảm sau sinh cho thấy tỉ lệ xuất hiện cao hơn lên đến 33% [6]. Nghiên cứu dịch tễ học quốc gia lần thứ hai về các rối loạn tâm thần đã được thực hiện bởi bệnh viện Tâm thần trung ương 1 năm 2012, tuy nhiên kết quả nghiên cứu vẫn chưa được công bố.

Theo Nguyễn Việt Thêm (2001), điều tra dịch tễ 10 bệnh tâm thần tại 8 địa điểm của các vùng sinh thái khác nhau, cho kết quả về tỷ lệ mắc các bệnh tâm thần là 12,5%, trong đó rối loạn trầm cảm F32: 2,47%; rối loạn lo âu F41: 2,27% dân số. Tỷ lệ bệnh nhân khám tại các cơ sở y tế nhà nước là 31,9%; tại các cơ sở y tế tư nhân là 21,9% và số bệnh nhân chưa bao giờ đi khám là 68,5%. Thái độ của gia đình, cộng đồng đối với thân chủ còn xa lánh, hắt hủi chiếm 68,5%. [35]

Năm 2004, Trần Việt Nghị và cộng sự đã điều tra dịch tễ 10 bệnh tâm thần tại phường Gia Sàng - thành phố Thái Nguyên cho thấy các tỷ lệ như sau: bệnh tâm thần phân liệt F20: 0,26%; rối loạn trầm cảm F32: 2,6%; rối loạn lo âu F41: 2,98% [25, tr.76-83].

Theo Nguyễn Văn Siêm (2010) nghiên cứu tại xã Quất Động, Thường Tín Hà Tây cho thấy tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm là 8,35% dân số ≥ 15 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nữ/ nam là 5/1. Tỷ lệ mắc ở độ tuổi 30-59 là 58,21%, từ 60 tuổi trở lên là 36,9%. Tỷ lệ mới mắc là 0,48%. Đa số bệnh nhân (94,24%) mắc bệnh trên 1 năm. Số mắc bệnh trên 4 năm có tỷ lệ 70,3%. Tính chất tiến triển mạn tính rất rõ rệt (93,6% là trầm cảm tái diễn). Các giai đoạn trầm cảm đơn độc chiếm 6,3% số ca. Trầm cảm tái diễn có loạn thần tỷ lệ 2,3% và rối loạn cảm xúc lưỡng cực 3,46% [28, tr. 71-74].

Trong một nghiên cứu tầm soát rối loạn lưỡng cực trên bệnh nhân trong giai đoạn mắc trầm cảm tại bệnh viện Tâm thần trung ương 2 năm 2011, rối loạn lưỡng cực thường gặp trên bệnh nhân trong giai đoạn mắc trầm cảm với tỉ lệ là 29,5%. Tỷ lệ phát hiện lưỡng cực giữa hai giới nam và nữ là không có sự khác biệt. Tuổi khởi phát: 60,6% bệnh nhân khởi phát trước 25 tuổi và có tới 21,4% bệnh nhân có tiền sử gia đình bị rối loạn lưỡng cực [21].

Nếu trước kia người mắc trầm cảm đa phần nằm trong độ tuổi từ 60 - 65 tuổi, thì hiện nay trầm cảm đang có xu hướng trẻ hóa với độ tuổi từ 15 - 27 tuổi. Nữ giới bị trầm cảm nhiều hơn nam giới. Trung bình cứ 2 bệnh nhân nữ mới có 1 bệnh nhân nam bị trầm cảm. Tại các cơ sở y tế chuyên khoa, số lượng bệnh nhân đến thăm khám các bệnh lý liên quan đến trầm cảm tăng 20 - 30% mỗi năm [29]. Đặc biệt thời gian gần đây các bệnh viện cũng ghi nhận có sự gia tăng đáng kể của bệnh nhân trầm cảm trẻ tuổi, đa số là học sinh, sinh viên. Việc thường xuyên gặp áp lực học hành thi cử cũng như sự kỳ vọng quá lớn của cha mẹ là hai nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng trẻ hóa rối loạn trầm cảm ở Việt Nam hiện nay. Trầm cảm cũng là một trong những nguyên nhân làm gia tăng số người tự tử ở Việt Nam. Ước tính mỗi năm có hàng chục ngàn người tự tử do trầm cảm, gấp 2,5 lần so với số người chết vì tai nạn giao thông. Trong một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 1.161 học sinh trung học cơ sở tại thành phố Cần Thơ năm 2011, một bảng câu hỏi đã được sử dụng để đánh giá rối loạn lo âu, trầm cảm và ý định tự sát. Kết quả cho thấy tỉ lệ các triệu chứng đủ ngưỡng để chẩn đoán rối loạn lo âu là 22.8% và trầm cảm là 41.1%. Có đến 26.3% học sinh đã từng cân nhắc ý định tự tử, trong khi 12.% đã có kế hoạch tự tử và 3.8% đã từng cố gắng tự tử [52]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra nhiều yếu tố tác động đến tình trạng rối loạn cảm xúc, gồm cả các yếu tố về điều kiện kinh tế xã hội, yếu tố về thể chất và các yếu tố tâm lý.

Nhiều nghiên cứu về kiểm soát cảm xúc do Gloaguen V., Cottraux V, Coucher J, Coucherat M et al và cộng sự thực hiện đã chỉ ra mối liên hệ giữa mức độ thiếu khả năng kiểm soát cảm xúc với các biểu hiện rối loạn hành vi ở học sinh phổ thông như khuynh hướng sống thu mình lại, lo hãi và trầm cảm, thiếu tập trung, dễ phạm tội và gây hấn. Khi quan sát học sinh tiểu học vào những ngày nhận học bạ, các nhà nghiên cứu nhận thấy, những em nhận được điểm thấp hơn mong đợi thường có biểu hiện tâm lý nặng nề [59]. Những em cho rằng mình bị điểm kém do lỗi bản thân thường bị trầm cảm nhiều hơn so với những em tin rằng điểm kém là do hoàn cảnh [59].

Khi nghiên cứu các yếu tố liên quan đến trầm cảm tác giả Egede (2010) đã chỉ ra rằng đái tháo đường và trầm cảm là 2 bệnh liên quan chặt chẽ với gánh nặng bệnh tật, tử vong và chi phí chăm sóc sức khỏe [54]. Sự song hành của trầm cảm và đái tháo đường có liên quan đến giảm khả năng điều trị, giảm chuyển hóa, tăng biến chứng, giảm chất lượng cuộc sống, tăng chi phí điều trị, tăng mức độ tàn tật và giảm khả năng lao động và tất yếu gia tăng nguy cơ tử vong. Khoảng 60% bệnh nhân HIV/AIDS bị trầm cảm [54].

Theo Tạp chí Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008), nghiên cứu trầm cảm ở nhóm người đang làm việc độ tuổi 18-64 cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở các nhóm nghề nghiệp khác nhau: Người làm công việc chăm sóc cá nhân và dịch vụ là 10,8%, chế biến thực phẩm 10,3%, công tác xã hội 9,6%, chăm sóc sức khỏe và kỹ thuật 9,6%, làm nghệ thuật, thiết kế, quảng cáo, thể thao, truyền thông: 9,1% [57]

Do thiếu hụt về mặt nhân lực và phân bổ nguồn lực không thích hợp, có đến 85% dân số có các rối loạn tâm thần ở những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình mà không được điều trị [77]. Những thiếu sót điều trị này do một vài các yếu tố, thường là thiếu tài chính và nhân lực dẫn đến chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe kém, cũng như không được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc và bị kỳ thị khi có các rối loạn tâm thần. Tại Việt Nam, ngoài những nguyên nhân kể trên còn do khía cạnh văn hóa, thiếu kiến thức về các bệnh tâm thần và hầu như các nhân viên y tế không thuộc lĩnh vực tâm thần chưa được cung cấp khóa học đào tạo về vấn đề tầm soát và điều trị trầm cảm [70]. Năm 2011, chỉ có 1,01 bác sĩ tâm thần trên 100.000 người ở Việt Nam so với trung bình 15,6 bác sĩ tâm thần mỗi 100.000 người ở các nước phát triển [71]. Năm 2014 con số này cũng chỉ tăng lên 1,03 bác

sĩ tâm thần trên 100.000 người [75]. Một vấn đề đáng quan tâm là số lượng các bác sĩ tâm thần đã giảm trong những năm gần đây.

2.2. Các nghiên cứu về liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn cảm xúc

Liệu pháp nhận thức hành vi là một trong những liệu pháp tâm lý được nhiều nhà tâm lý lâm sàng sử dụng trong quá trình trị liệu tâm lý cho các cá nhân có rối loạn tâm lý. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để tìm hiểu về việc áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý và sự phù hợp của liệu pháp này với tình hình Việt Nam.

Năm 1961, Aaron Beck và cộng sự đã cho rằng vấn đề nhận thức có vai trò quan trọng trong trầm cảm. Tác giả cho rằng, trầm cảm phát sinh là do con người thường giải thích và nhìn nhận sai lệch về những tác nhân của môi trường tác động vào cơ thể, chính vì vậy Beck đã dùng liệu pháp nhận thức để điều trị trầm cảm [1].

Dựa trên nghiên cứu tiên phong của Beck, nhiều mô hình, chương trình trị liệu nhận thức hành vi đã được xây dựng trong trị liệu rối loạn cảm xúc, như chương trình của Philip Kendall ở Trường Đại học Temple, Mỹ (1994) với tên gọi “Coping cat workbook” [74]. Ở Úc, Paula Brett và Sane Hollmess (1999) xây dựng một chương trình can thiệp sớm với tên gọi “Friends program” và đã được Wignall và Rapse (1998, Đại học Queensland) ứng dụng trong điều trị rối loạn cảm xúc [74]. Cho đến ngày nay các phương pháp này tiếp tục được ứng dụng ở nhiều nước.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về ứng dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn cảm xúc đã được nghiên cứu về cả cách thức áp dụng và hiệu quả điều trị. Trong đó, ứng dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị trầm cảm được nghiên cứu phổ biến nhất vì như đã chỉ ra ở phần 2.1, trong số các rối loạn cảm xúc, trầm cảm là rối loạn thu hút sự chú ý của các nhà nghiên cứu Việt Nam nhiều nhất. Có thể kể ra một số nghiên cứu tiêu biểu như sau:

Tác giả Trương Văn Lợi (2013), Ứng dụng liệu pháp hoạt hóa hành vi can thiệp cho bệnh nhân trầm cảm đang điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương I, Luận văn Thạc sĩ Tâm lý học, Đại học Quốc gia Hà Nội-Trường Đại học Giáo dục cũng đã chỉ ra những dấu hiệu của bệnh trầm cảm trên kết quả nghiên cứu thực nghiệm từ các bệnh nhân trầm cảm tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương I [21] Trên cơ sở các hạn chế được rút ra, tác giả đã đề xuất cơ chế điều trị bằng các biện pháp tâm lý.

Tác giả Lâm Tứ Trung (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân trầm cảm bằng liệu pháp kích hoạt hành vi tại Bệnh viện tâm thần thành phố Đà Nẵng, Luận án chuyên khoa II-Tâm thần học, Đại học Y Hà Nội.[42]

Nghiên cứu của Đặng Hoàng Hải (2003) về “Đánh giá hiệu quả của biện pháp hướng dẫn trong điều trị trầm cảm tại Trung tâm sức khỏe Tâm thần Thành phố Hồ Chí Minh”, Thư viện Bệnh viện Tâm thần TP.HCM.[14]

Nghiên cứu của Giang Ngọc Thụy Vi (2016), Nhận thức của thân chủ trầm cảm về biểu hiện, nguyên nhân và cách điều trị rối loạn này, Luận văn thạc sĩ tâm lý học, Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội. Mục đích của nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng nhận thức về (a) biểu hiện của trầm cảm; (b) nguyên nhân gây trầm cảm; (c) cách thức và hiệu quả của can thiệp; (d) năng lực vận dụng kiến thức cho bản thân. Từ đó, đưa ra một số khuyến nghị, đề xuất cho các cơ sở chuyên khoa và cộng đồng nhằm tìm các biện pháp nâng cao hiểu biết về bệnh trầm cảm cũng như ứng dụng và phát triển những liệu pháp tâm lý phù hợp với nguồn lực sẵn có mà vẫn được chấp nhận về mặt khoa học, văn hóa, kinh tế và xã hội.[43]

Tác giả Ngô Thị Minh Tâm (2013), Bước đầu áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi cho bệnh nhân có rối loạn trầm cảm ở Bệnh viện Tâm thần Huế, Luận văn Thạc sĩ Tâm lý học, Trường Đại học Giáo dục Đại học Quốc gia Hà Nội. Tác giả đã tổng quan các công trình nghiên cứu cụ thể đối với việc áp dụng liệu pháp hành vi trong điều trị bệnh trầm cảm, sử dụng mô hình trị liệu, thực hiện phỏng vấn, xem xét, nghiên cứu hồ sơ của một số bệnh nhân tại Bệnh viện Tâm thần Huế để xem xét hiệu quả của phương pháp nhận thức hành vi, từ đó đề xuất các biện pháp hữu hiệu nhằm giúp tăng cường điều trị bệnh đối với các trường hợp tương tự khác [32]. Để nghiên cứu tác giả đã sử dụng tổng hợp nhiều phương pháp như nghiên cứu tài liệu, quan sát, trường hợp ca, phỏng vấn, test đánh giá và thực nghiệm.

Tác giả Lê Thị Minh Tâm (2015), Tiếp cận trị liệu nhận thức hành vi phối hợp giữa lý thuyết và thực hành áp dụng trong tham vấn tâm lý và hỗ trợ sức khỏe tinh thần, sách chuyên khảo. Tác giả đã phác thảo những điểm chính yếu về sự phát triển của Trị liệu nhận thức hành vi và nền tảng lý thuyết của nó trước khi hướng người đọc đến tầm quan trọng của việc áp dụng Trị liệu nhận thức hành vi trong các vấn đề cụ thể bao gồm cả nhiệm vụ tinh tế và phức tạp trong việc kiểm soát nguy cơ gây bệnh [31]. Trái tim của liệu pháp là quan tâm và xây dựng mối quan hệ cảm xúc phù hợp giữa thân chủ và nhà tham vấn, trong đó, nhiệm vụ ban đầu và cơ bản đối với một nhà tham vấn là hiểu vấn đề thông qua huấn luyện, kỹ năng của họ và phản

ứng cảm xúc của chính họ, các trải nghiệm tâm lý và cảm xúc của thế giới nội tâm với thân chủ của họ.

Tác giả Huỳnh Hồ Ngọc Anh (2012), Tác động của trị liệu nhận thức hành vi đến học sinh trung học phổ thông có rối loạn lo âu dựa trên định hình trường hợp, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Giáo dục. Tác giả đã hệ thống hóa những vấn đề lý luận về học sinh trung học phổ thông và rối loạn lo âu thường gặp ở độ tuổi này. Xây dựng cấu trúc trị liệu bằng mô hình hành vi – nhận thức có thể áp dụng đối với học sinh trung học phổ thông có rối loạn lo âu. Thiết kế mô hình định hình trường hợp đối với những thân chủ có rối loạn lo âu.[2]

Riêng với rối loạn trầm cảm, việc sử dụng liệu pháp nhận thức – hành vi trong điều trị đã chứng minh hiệu quả rõ rệt. Với những trường hợp trầm cảm nhẹ hoặc vừa, liệu pháp nhận thức hành vi cho thấy có hiệu quả tương đương hoặc thậm chí hiệu quả cao hơn việc điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm. Riêng đối với trường hợp trầm cảm nặng, rất ít khi chỉ sử dụng một mình liệu pháp nhận thức hành vi mà thường dùng kết hợp với thuốc chống trầm cảm. Rất nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đã so sánh hiệu quả điều trị của liệu pháp nhận thức hành vi so với các phương pháp điều trị tâm lý khác hoặc so sánh với các thuốc chống trầm cảm trong điều trị giai đoạn cấp tính của rối loạn trầm cảm.

Hollon và cộng sự khi nghiên cứu trên 106 bệnh nhân trầm cảm trong thời gian 12 tuần nhận thấy liệu pháp nhận thức hành vi có hiệu quả ngang với imipramin [62]. Ostacher và Yeoh khi nghiên cứu trên 71 bệnh nhân trầm cảm trong đó có 25 bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp nhận thức hành vi kết hợp với một loại thuốc chống trầm cảm và 46 bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp nhận thức hành vi nhóm đều có đáp ứng rõ rệt với các phương pháp điều trị. Tuy nhiên sự đáp ứng này không có sự khác biệt giữa hai nhóm [72]. Nói cách khác, liệu pháp nhận thức hành vi nhóm có hiệu quả tương đương với liệu pháp nhận thức hành vi kết hợp kê thuốc.

Một nghiên cứu khác của Friedman và cộng sự so sánh hiệu quả của thuốc và trị liệu nhận thức hành vi trên những đối tượng trầm cảm kết hợp với rối loạn nhân cách hoặc không có rối loạn nhân cách cũng cho thấy rằng sự ảnh hưởng nhất định của các đặc điểm rối loạn nhân cách đến khả năng đáp ứng với điều trị ở những bệnh nhân này trong thời điểm 16 tuần điều trị, thể hiện ở 66% đáp ứng tốt với thuốc và 44% đáp ứng tốt với trị liệu nhận thức hành vi với những người trầm cảm kết hợp với rối loạn nhân cách. Trong khi đó, 49% bệnh nhân đáp ứng với thuốc và

70% bệnh nhân đáp ứng với trị liệu nhận thức hành vi ở nhóm bệnh trầm cảm nhưng không đi kèm với các biểu hiện của rối loạn nhân cách [57].

Liệu pháp nhận thức hành vi không chỉ có hiệu quả trong giai đoạn cấp tính của rối loạn trầm cảm mà còn có tác dụng phòng ngừa tái phát và giảm đáng kể tỷ lệ tái phát ở các bệnh nhân trầm cảm. Gloaguen V, Cottraux J. và cộng sự khi tổng hợp phân tích 8 công trình nghiên cứu với tổng 241 bệnh nhân đã nhận thấy tỷ lệ tái phát ở bệnh nhân được điều trị liệu pháp nhận thức hành vi là 29,5% trong khi đó nhóm được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm ba vòng tỷ lệ tái phát là 60% [59].

Steven Hollon và cộng sự (2005) đã tiến hành một nghiên cứu dài hơi nhằm theo dõi tiến triển của bệnh nhân trầm cảm được điều trị bằng thuốc và điều trị nhận thức hành vi. Nhóm tác giả so sánh giữa thời điểm điều trị tích cực và một năm sau giai đoạn điều trị tích cực. Có 104 bệnh nhân tham gia điều trị tích cực để tiếp tục tham gia giai đoạn 2 của nghiên cứu và thường xuyên cập nhật thông tin cho nhóm nghiên cứu sau 12 tháng. Dù có một số người bỏ dở giữa chừng, nhưng kết quả nghiên cứu chỉ rõ các bệnh nhân của nhóm trị liệu nhận thức hành vi có tỉ lệ bỏ dở giữa chừng thấp hơn nhóm điều trị bằng thuốc. Về mức độ tái phát các triệu chứng trầm cảm, những bệnh nhân bỏ giữa chừng liệu pháp nhận thức hành vi có mức độ tái phát thấp hơn so với những bệnh nhân trị liệu thuốc bỏ dở giữa chừng (30.8% và 76.2%). Đối với những bệnh nhân tuân thủ điều trị nhận thức hành vi đến cùng, tỉ lệ tái phát ở nhóm trị liệu nhận thức hành vi (30.8%) trong khi đó đối với nhóm dùng thuốc là (47.2%). Kết quả này khẳng định tuyệt đối ưu thế của liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn trầm cảm [62].

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy rằng hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi bằng hoặc hơn hẳn với việc điều trị bằng thuốc, và liệu pháp nhận thức hành vi có tác dụng lâu dài hơn trị liệu bằng thuốc. Các cá nhân sau khi tham gia trị liệu liệu pháp nhận thức hành vi thì có thể sử dụng được những kỹ năng đối phó với nguy cơ tái phát trong tương lai.

Nhìn chung, những công trình nghiên cứu ở Việt Nam trải rộng các mặt từ khảo sát thực trạng, nguyên nhân cho đến áp dụng mô hình trị liệu nhận thức hành vi... Các nghiên cứu trên cho thấy mức độ phổ biến của rối loạn cảm xúc, đặc biệt là trầm cảm và ảnh hưởng của nó đến đời sống con người. Các nghiên cứu cũng cho thấy liệu pháp nhận thức hành vi đã được áp dụng phổ biến trong trị liệu rối loạn cảm xúc cho bệnh nhân ở nhiều lứa tuổi và đã cho thấy những hiệu quả nhất định. Tuy nhiên, xét về số lượng các công trình nghiên cứu cũng như quy mô nghiên cứu

tại Việt Nam còn hạn chế so với các công trình nghiên cứu trên thế giới. Những nghiên cứu trên cũng cho thấy các nguy cơ và thách thức đối với các nhà tâm lý lâm sàng trong việc chăm sóc sức khỏe tâm thần cho cộng đồng. Điều này cho thấy, việc tiếp tục có các nghiên cứu sâu hơn về các rối loạn cụ thể trong vấn đề sức khỏe tâm thần và phương pháp can thiệp tâm lý là cần thiết, để góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho xã hội. Đề tài này tập trung nghiên cứu liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân ở BVTTLA, chỉ rõ những đặc trưng của bệnh nhân và cách thức áp dụng trị liệu nhận thức hành vi tại bệnh viện này, từ đó hướng tới nâng cao hiệu quả trị liệu rối loạn cảm xúc bằng liệu pháp nhận thức hành vi tại BVTTLA.

3. Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu

3.1. Mục đích nghiên cứu

Nghiên cứu cơ sở lý luận và thực trạng áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc, từ đó đề xuất một số kiến nghị trong việc sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc tại Bệnh viện Tâm thần Long An.

3.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

- Xây dựng cơ sở lý luận về sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc.
- Nghiên cứu thực trạng sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc tại BVTTLA và kết quả đạt được.
- Đề xuất một số kiến nghị về việc sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc tại BVTTLA.

4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng của đề tài là liệu pháp nhận thức hành vi và việc áp dụng liệu pháp này trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân có rối loạn cảm xúc.

4.2. Phạm vi nghiên cứu

- *Giới hạn về nội dung nghiên cứu:* Rối loạn cảm xúc bao gồm hưng cảm, trầm cảm và rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Tuy nhiên, trong quá trình triển khai nghiên cứu tại BVTTLA, chúng tôi nhận thấy rối loạn trầm cảm là rối loạn phổ biến nhất của bệnh nhân đến điều trị tại bệnh viện. Việc điều trị rối loạn trầm cảm bằng liệu pháp nhận thức hành vi tại BVTTLA có quy trình rõ ràng hơn so với các rối

loạn cảm xúc khác. Vì vậy, đề tài tập trung nghiên cứu trên bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm.

- *Giới hạn về thời gian nghiên cứu:* Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm giai đoạn nhẹ, trung bình và nặng không kèm các triệu chứng loạn thần (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10) trong thời gian từ 01/09/2019 đến 01/11/2019.

5. Cơ sở lý luận và phương pháp nghiên cứu

5.1. Cơ sở lý luận

Luận văn được thực hiện trên cơ sở một số nguyên tắc phương pháp luận cơ bản của tâm lý như sau:

** Tiếp cận tâm lý học lâm sàng*

Các lý thuyết cũng như nghiên cứu thực trạng của đề tài được thực hiện dựa trên các lý thuyết tâm lý học, mà cụ thể là tâm lý học lâm sàng. Tâm lý học lâm sàng là phân nhánh của tâm lý học liên quan đến đánh giá và điều trị các bệnh lý tâm thần, các hành vi bất thường và các vấn đề tâm thần khác. Tâm lý lâm sàng nghiên cứu và góp phần giải quyết các vấn đề đặt ra liên quan đến tâm lý con người, cả con người bình thường lẫn con người có các rối nhiễu tâm lý. Phương pháp lâm sàng nghiên cứu con người theo từng trường hợp cụ thể với hoàn cảnh cụ thể, phải xem con người từ nhiều góc độ khác nhau, vừa có tính đơn nhất, vừa có tính tổng thể, vừa có tính lôgic lại vừa có tính thường trực

** Nguyên tắc hoạt động*

Trị liệu nhận thức hành vi lấy nền tảng là sử dụng hoạt động, thông qua hoạt động để thay đổi nhận thức và hành vi của thân chủ, theo đó cải thiện tình trạng rối loạn cảm xúc của bệnh nhân. Thông qua hoạt động thực tiễn như tiếp xúc, thăm khám, quan sát lâm sàng những triệu chứng rối loạn cảm xúc, nhà trị liệu sử dụng những kỹ thuật trong liệu pháp nhận thức hành vi như giao bài tập về nhà, trị liệu cho bệnh nhân qua các kỹ thuật trái cấu trúc nhận thức và hoạt hoá hành vi, luyện tập thư giãn, đồng thời yêu cầu bệnh nhân ghi lại nhật ký cảm xúc, nhận thức hàng ngày.

** Nguyên tắc tiếp cận hệ thống*

Tâm lý con người là tổng hòa các yếu tố nhận thức, cảm xúc và hành vi của con người, vì vậy điều trị rối loạn tâm lý nói chung và rối loạn cảm xúc nói riêng đòi hỏi phải tác động một cách có hệ thống tới tất cả các thuộc tính tâm lý người, nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị.

Ngoài ra, trong quá trình điều trị rối loạn cảm xúc cũng xem xét tới sự tương tác giữa yếu tố bên ngoài (môi trường) và yếu tố bên trong (tâm lý cá nhân). Vì vậy, cần nghiên cứu trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc trong mối tương hỗ của nhiều yếu tố tâm lý xã hội, điều kiện kinh tế gia đình và chính cá nhân bệnh nhân. Trong đó, gia đình là hệ thống rất cần thiết và quan trọng cho việc giảm hay tăng triệu chứng bệnh lý. Vì vậy, hệ thống gia đình đóng vai trò rất quan trọng tới sức khỏe của thân chủ.

5.2. Phương pháp nghiên cứu

Đề tài sử dụng các phương pháp nghiên cứu sau (chi tiết về phương pháp được trình bày ở Chương 2).

- Phương pháp nghiên cứu văn bản tài liệu
- Phương pháp nghiên cứu lâm sàng
- Phương pháp nghiên cứu trường hợp điển hình
- Phương pháp phỏng vấn sâu
- Phương pháp trắc nghiệm
- Phương pháp thực nghiệm
- Phương pháp thống kê toán học

6. Ý nghĩa lý luận và thực tiễn của luận văn

6.1. Ý nghĩa lý luận

Luận văn hệ thống hoá và làm sáng tỏ một số vấn đề lý luận có liên quan đến nội dung nghiên cứu như liệu pháp nhận thức hành vi, rối loạn cảm xúc, rối loạn trầm cảm, sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn trầm cảm. Luận văn đã chỉ rõ đặc điểm và các kỹ thuật sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc.

6.2. Ý nghĩa thực tiễn

Kết quả nghiên cứu của luận văn khẳng định tính đúng đắn và sự tác động tích cực của liệu pháp nhận thức hành vi đến việc trị liệu tâm lý cho bệnh nhân có rối loạn cảm xúc. Nghiên cứu này có thể làm tài liệu tham khảo cho các nhà nghiên cứu, giảng dạy cũng như những nhà trị liệu tâm lý. Nghiên cứu này cũng là cơ sở để các nhà tâm lý lâm sàng nghiên cứu sâu hơn về việc thích nghi hóa liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân có rối loạn cảm xúc tại Việt Nam.

7. Kết cấu của luận văn

Ngoài phần mở đầu, kết luận, danh mục tài liệu tham khảo và phụ lục, luận văn được kết cấu thành 03 chương:

Chương 1. Cơ sở lý luận về sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc;

Chương 2. Tổ chức và phương pháp nghiên cứu

Chương 3. Kết quả nghiên cứu thực tiễn về áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn cảm xúc tại Bệnh viện Tâm thần Long An

Chương 1

CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ SỬ DỤNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI TRONG TRỊ LIỆU TÂM LÝ CHO BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CẢM XÚC

1.1. Liệu pháp trị liệu tâm lý

1.1.1. Khái niệm trị liệu tâm lý

Trị liệu tâm lý là biện pháp các nhà tâm lý lựa chọn nhằm giúp đỡ bệnh nhân trong quá trình trị liệu các vấn đề về sức khỏe tinh thần cho bệnh nhân. Trị liệu tâm lý sử dụng các phương pháp và kỹ thuật khác nhau để giúp bệnh nhân giải quyết những vấn đề về nhận thức, cảm xúc, hành vi, động cơ. Những vấn đề này thường khiến con người cảm thấy khó khăn trong việc tự quản lý cuộc sống và đạt đến các mục đích mong muốn của mình.

Lê Thị Minh Tâm đưa ra khái niệm trị liệu tâm lý như sau:

Trị liệu tâm lý là các phương pháp, kỹ thuật mà nhà trị liệu tâm lý sử dụng thông qua cách thức giao tiếp nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, tinh thần, tháo gỡ các vấn đề trong cảm xúc và hành vi của người bệnh [30].

1.1.2. Đặc điểm của liệu pháp trị liệu tâm lý

Đối với các rối loạn tâm lý, trị liệu tâm lý là một phương pháp điều trị sử dụng song song hoặc thay thế các phương pháp điều trị khác như hóa dược, phẫu thuật ... Trong trị liệu tâm lý, nhà tư vấn tâm lý sẽ giúp người bệnh tháo gỡ nhưng điều mà họ không thể nhận ra, xác định những vấn đề tiêu cực mà người bệnh đang phải đối mặt, từ đó làm cho người bệnh hiểu những cảm xúc của bản thân. Nhà tâm lý cũng dạy cho người bệnh làm thế nào để đối phó với những cảm xúc đó. Rất nhiều người có thể cảm thấy do dự khi nói chuyện với một người lạ về cảm xúc của họ, nhưng các nghiên cứu cho thấy trị liệu tâm lý là một phương thức điều trị rất hiệu quả. Một ưu điểm của phương pháp điều trị này là nó không mang lại tác dụng phụ như điều trị bằng hóa dược [30].

Dựa trên định nghĩa khái niệm trị liệu tâm lý, có thể thấy trị liệu tâm lý có một số đặc điểm sau:

Thứ nhất, trị liệu tâm lý cần sự tương tác giữa nhà trị và bệnh nhân. Bệnh nhân chỉ tham gia trị liệu tâm lý khi họ đồng ý và hiểu về quá trình trị liệu. Trị liệu tâm lý chỉ đạt hiệu quả khi bệnh nhân hợp tác với nhà trị liệu và chủ động tham gia các hoạt động trị liệu.

Thứ hai, trị liệu tâm lý được thực hiện qua hình thức giao tiếp. Khác với trị liệu hóa dược hay phẫu thuật, trị liệu tâm lý không đòi hỏi nhà trị liệu tác động trực tiếp lên cơ thể bệnh nhân. Trong trị liệu tâm lý, nhà trị liệu tác động vào ý thức (hoặc tiền ý thức) của bệnh nhân, từ đó giúp bệnh nhân nhận thức được những khó khăn, rối loạn mình đang gặp phải và có cách ứng phó phù hợp.

Thứ ba, trị liệu tâm lý tác động vào sức khỏe tinh thần của bệnh nhân, nhưng hiệu quả của trị liệu tâm lý không chỉ dừng ở việc nâng cao sức khỏe tinh thần mà còn tác động tích cực đến sức khỏe thể chất. Chính sự gắn bó mật thiết giữa thể chất và tinh thần của con người đã giúp tăng cường hiệu quả của trị liệu tâm lý.

1.1.3. Trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức - hành vi

1.1.3.1. Khái niệm liệu pháp nhận thức – hành vi

Liệu pháp nhận thức - hành vi là một trong những liệu pháp tâm lý trị liệu. Người trị liệu sẽ trò chuyện về tình trạng bệnh và những vấn đề liên quan của mình với nhà trị liệu. Liệu pháp này giúp người trị liệu nhận thức được suy nghĩ không chính xác hoặc tiêu cực khi đứng trước các tình huống thách thức. Từ đó phản hồi chúng theo những cách tích cực và hiệu quả hơn.

Liệu pháp nhận thức hành vi là sự kết hợp của các nguyên tắc cơ bản từ tâm lý học nhận thức và tâm lý học hành vi, được các nhà nghiên cứu phát triển phù hợp với xu hướng trị liệu tâm lý trong xã hội hiện đại.

*** Liệu pháp nhận thức**

Trị liệu nhận thức đã thu hút sự quan tâm của nhiều nhà chuyên môn sức khỏe tâm thần ở khắp thế giới trong những năm gần đây. Cuộc “cách mạng nhận thức” trong tâm lý học bắt đầu từ cuộc hội thảo về chủ đề xử lý thông tin được tổ chức ở viện kỹ thuật Massachusetts (MIT) và sau đó là một loạt các công trình của Bruner, Goodnow, Austin (1956), Chomsky (1956, 1957), Kelly (1955), Newell và Simon (1956). Phương pháp trị liệu nhận thức đã tạo chỗ đứng chung cho những nhà trị liệu ở những trường phái khác nhau, từ trường phái phân tâm đến trường phái hành vi [18].

Liệu pháp nhận thức cho rằng vấn đề cảm xúc là kết quả của lối tư duy hoặc các thái độ sai lệch đối với bản thân và người khác, vì vậy muốn cải thiện bản thân thì phải cải thiện tư duy [63]. Nhà trị liệu trở thành một người hướng dẫn tích cực giúp thân chủ điều chỉnh lại tri giác và thái độ của họ bằng cách dẫn ra các bằng chứng ngược lại hoặc giúp thân chủ tự nêu ra các bằng chứng đó.

Tác giả Nguyễn Văn Thọ đã định nghĩa liệu pháp nhận thức như sau:

Liệu pháp nhận thức là một tiếp cận tâm lý trị liệu hướng tới việc thay đổi những cảm nhận và những hành vi bằng cách thay đổi sự tiếp nhận hoặc suy nghĩ của bệnh nhân về những trải nghiệm quan trọng [37].

* Liệu pháp hành vi

Vào giữa năm 1950, Albert Ellis - một nhà tâm lý học lâm sàng – nhận thấy trị liệu dựa trên phân tâm học mang lại hiệu quả rất chậm ở các bệnh nhân; trong khi đó, bệnh nhân lại cải thiện tốt hơn khi thay đổi cách suy nghĩ đối với bản thân, với những vấn đề mà bệnh gặp phải, và với thế giới bên ngoài. Vì vậy ông đã phát triển một liệu pháp được gọi là liệu pháp cảm xúc hành vi hợp lý (Rational Emotive Behaviour Therapy) [57].

Nếu như trị liệu ứng dụng phân tâm học chú trọng vào thay đổi nhân cách thì trị liệu cảm xúc hành vi hợp lý tập trung vào thay đổi hành vi sai lệch [30]. Thay vào việc thăm dò cái vô thức hoặc khám phá các suy nghĩ, tình cảm của thân chủ, các nhà trị liệu hành vi tìm cách loại bỏ những triệu chứng và thay đổi các mẫu hình hành vi thiếu hiệu quả hay kém thích nghi bằng cách sử dụng một số kỹ thuật học tập cơ bản, như liệu pháp ngăn ngừa, điều kiện tạo tác, điều kiện dạng Pavlov, ức chế, tương hỗ.

Như vậy, *Liệu pháp hành vi thực chất là quá trình giáo dục, trong đó thân chủ học các kỹ năng tự điều chỉnh, phát triển các cách thức ứng xử mới. Việc học này tốt nhất nên được tiến hành ở môi trường sống thực của thân chủ [30].*

* Khái niệm liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp nhận thức hành vi là thuật ngữ chung cho các chương trình can thiệp tâm lý đặt trọng tâm vào các kỹ thuật thay đổi suy nghĩ, từ đó thay đổi hành vi và cảm xúc (khí sắc) [61]. Trọng tâm chính của liệu pháp này là giúp bệnh nhân học cách thức thay đổi môi trường bên ngoài để từ đó thay đổi hành vi. Chương trình huấn luyện gồm 3 bước: xác định vấn đề, tìm ra giải pháp và thực hành giải pháp[61].

Liệu pháp nhận thức hành vi nhằm thay đổi hành vi không phù hợp, nhưng không phải cứ thay đổi hành vi thì gọi là liệu pháp nhận thức hành vi. Thí dụ, trẻ tự kỷ thường có hành vi tự hủy hoại (cắn tay, đập đầu, đá đồ vật, cào...). Nhà trị liệu thường làm giảm các hành vi này bằng cách thưởng trẻ khi trẻ thực hiện hành vi đúng (không cắn tay, không đập đầu...). Đây là liệu pháp hành vi chứ không phải liệu pháp nhận thức hành vi vì không diễn ra sự thay đổi nhận thức. Chỉ khi nào có sự thay đổi, hóa giải nhận thức, và chỉ khi nào mà sự thay đổi nhận thức là một

thành phần quan trọng của kế hoạch trị liệu thì mới được gọi là liệu pháp nhận thức hành vi. Như vậy, chỉ thay đổi nhận thức mà không thay đổi hành vi (liệu pháp nhận thức), hoặc chỉ thay đổi hành vi mà không thay đổi nhận thức (liệu pháp hành vi) đều không phải là liệu pháp nhận thức - hành vi.

* Khái niệm trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức – hành vi

Trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức – hành vi là sử dụng các kỹ thuật thay đổi suy nghĩ, thay đổi hành vi và cảm xúc (khí sắc) nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, tinh thần, tháo gỡ các vấn đề trong cảm xúc và hành vi của người bệnh.

1.1.3.2. Nội dung của trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp nhận thức hành vi chứa đựng ba đặc điểm cốt lõi sau:

(1) Hoạt động nhận thức ảnh hưởng đến hành vi:

Đánh giá của một người về các sự kiện có thể ảnh hưởng tới cách anh ta phản ứng với những sự kiện đó. Vì vậy, thay đổi đánh giá có ý nghĩa lớn trong lâm sàng. Muốn thay đổi hành vi bất thường, không mong muốn của thân chủ, ta có thể tác động bằng cách thay đổi suy nghĩ của thân chủ về sự kiện đang tác động đến họ.

(2) Hoạt động nhận thức có thể được giám sát và có thể thay đổi

Nhận thức con người là cái khó quan sát, nhưng không phải là không nắm bắt được. Bản thân chúng ta tự biết và đánh giá được sự nhận thức của chúng ta. Tuy nhiên, đánh giá hoạt động nhận thức khó ở chỗ hoạt động trong suy nghĩ của con người là những thứ “có khả năng xảy ra”, không phải là “thực tế” xảy ra. Dù vậy, nhận thức của con người là yếu tố tâm lý có thể tiếp cận được, và đây là cơ sở cho việc thay đổi nhận thức.

(3) Thay đổi nhận thức có thể tạo ra sự thay đổi hành vi:

Hành vi không phải lúc nào cũng đến từ nhận thức chủ động, nhưng rất nhiều hành vi xuất phát từ nhận thức. Vì vậy, ngoài cách sử dụng điều kiện hóa để thay đổi hành vi, cũng có thể sử dụng phương pháp thay đổi nhận thức để thay đổi hành vi.

* Các liệu pháp nhận thức hành vi cơ bản:

Có ba loại liệu pháp nhận thức hành vi chủ yếu. Sự khác biệt giữa các liệu pháp này nằm ở mục tiêu tác động của liệu pháp. Ba loại liệu pháp đó bao gồm:

- Tái cấu trúc nhận thức: Liệu pháp tái cấu trúc nhận thức nhấn mạnh vào những rối loạn bên trong gây ra vấn đề tâm lý ở bệnh nhân. Thí dụ, liệu pháp tái cấu trúc nhận thức cho rằng cảm xúc đau buồn là kết quả của những suy nghĩ kém thích nghi. Do vậy, mục tiêu can thiệp là thiết lập các mô hình suy nghĩ thích nghi hơn.

- Phát triển kỹ năng ứng phó: Liệu pháp phát triển kỹ năng ứng phó không quan tâm tới nguyên nhân của vấn đề tâm lý, mà nhấn mạnh vào cách thức ứng phó với vấn đề tâm lý. Liệu pháp này tập trung vào sự phát triển các vốn liếng kỹ năng nhằm giúp thân chủ ứng phó với các tình huống stress đa dạng. Thí dụ, giúp thân chủ học cách chế ngự nỗi buồn, bày tỏ và giải tỏa cảm xúc, tập trung vào mặt tích cực của vấn đề ...

- Giải quyết vấn đề: Liệu pháp giải quyết vấn đề kết hợp cả hai liệu pháp trên, vừa tái cấu trúc nhận thức vừa rèn luyện các kỹ năng ứng phó. Liệu pháp giải quyết vấn đề nhấn mạnh vào việc hình thành và phát triển các chiến lược chung giúp giải quyết nhiều vấn đề, trong đó có vấn đề tâm lý mà thân chủ đang gặp phải. Cách thức giải quyết vấn đề bao gồm: thay đổi suy nghĩ sai lệch, suy nghĩ kích thích cảm xúc âm tính (thí dụ những ý nghĩ khơi gợi lo âu), đồng thời sử dụng các chiến lược ứng phó để làm giảm tác động xấu của các sự kiện âm tính. Liệu pháp cũng đề cao sự hợp tác tích cực giữa thân chủ và nhà trị liệu trong việc đặt kế hoạch cho chương trình điều trị.

** Những liệu pháp nhận thức hành vi hiện hành:*

Dựa trên ba nhóm liệu pháp hành vi căn bản trên, nhiều liệu pháp nhận thức hành vi cụ thể đã được đề xuất. Sự đa dạng này xuất phát từ việc những người sáng lập ra liệu pháp đến từ các trường phái lý thuyết khác nhau [54]. Đồng thời, chính do bản chất của liệu pháp nhận thức hành vi là sự lai ghép giữa tiến trình nhận thức và chiến lược hành vi, nên có rất nhiều cách kết hợp khác nhau để vừa thay đổi nhận thức vừa tạo ra chiến lược ứng phó.

Những Liệu pháp nhận thức - hành vi hiện hành được phát triển theo thời gian bao gồm [61]:

- Liệu pháp Hành vi Cảm xúc Thuần lý (Rational Emotive Behavior Therapy).
- Liệu pháp Nhận thức (Cognitive Therapy).
- Rèn luyện Tự hướng dẫn (Self-Instructional Training).
- Tái cấu trúc Thuần lý có Hệ thống (Systematic Rational Restructuring).
- Rèn luyện Quản lý Lo âu (Anxiety Management Training).
- Rèn luyện Phòng Stress (Stress Inoculation Training).
- Liệu pháp Giải quyết Vấn đề (Problem - Solving Therapy).
- Liệu pháp Tự kiểm soát (Self-Control Therapy).

- Liệu pháp tâm lý Cấu trúc và theo xu hướng Tạo dựng (Structural and Constructivist Psychotherapy).

Trong những Liệu pháp nhận thức hành vi nêu trên, hai liệu pháp được ứng dụng nhiều nhất là Liệu pháp hành vi cảm xúc thuần lý và Liệu pháp nhận thức [61].

1.2. Rối loạn cảm xúc

1.2.1. Định nghĩa rối loạn cảm xúc

Theo bảng “Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 - ICD 10” về các rối loạn tâm thần và hành vi do WHO xuất bản, bệnh tâm thần (hay còn gọi là rối loạn tâm thần) có đến 300 dạng khác nhau, một số có thể kể đến như: tâm thần phân liệt; rối loạn hoang tưởng; rối loạn cảm xúc (rối loạn trầm cảm, rối loạn hưng cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực); rối loạn lo âu; rối loạn mất ngủ...[45]

Theo Tintle, rối loạn cảm xúc được định nghĩa như sau:

Rối loạn cảm xúc (rối loạn khí sắc) là một trạng thái bệnh lý được biểu hiện bằng rối loạn trầm cảm đơn thuần hoặc xen kẽ với những rối loạn hưng cảm, hoặc rối loạn khí sắc chu kỳ (có những pha tăng khí sắc và những pha giảm khí sắc) trong thời gian dài. Kèm theo rối loạn cảm xúc, có thể có những rối loạn hành vi tác phong rõ rệt. Những rối loạn này khiến thân chủ mất khả năng thích ứng với xã hội và với môi trường xung quanh [33].

Theo ICD-10 thì rối loạn cảm xúc: là trạng thái bệnh lý biểu hiện bằng rối loạn trầm cảm đơn thuần hoặc xen kẽ với những rối loạn hưng cảm hoặc rối loạn khí sắc chu kỳ ở cường độ cao, trong thời gian dài hoặc có những rối loạn hành vi, tác phong rõ rệt làm cho người bệnh mất khả năng hoạt động xã hội, nghề nghiệp và không thích ứng với môi trường xung quanh. [45]

Rối loạn cảm xúc được xác định bởi sự hiện diện của các giai đoạn cảm xúc. Các giai đoạn cảm xúc đại diện cho một tình trạng cảm xúc, giai đoạn cảm xúc không phải là một thực thể chẩn đoán. Các rối loạn cảm xúc được chẩn đoán lâm sàng dựa theo sự hiện diện của các giai đoạn cảm xúc đặc trưng [6]. Rối loạn cảm xúc biểu hiện từ trạng thái buồn bã quá mức gọi là trầm cảm, đến trạng thái vui quá mức gọi là hưng cảm, hoặc có những pha trầm cảm, hưng cảm xen kẽ nhau gọi là rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Trầm cảm và hưng cảm là hai hội chứng chủ yếu của rối loạn cảm xúc [38].

1.2.2. Phân loại rối loạn cảm xúc

Rối loạn cảm xúc gồm 3 loại: rối loạn trầm cảm, các rối loạn hưng cảm và rối loạn cảm xúc lưỡng cực [31].

** Rối loạn trầm cảm*

Rối loạn trầm cảm là loại rối loạn khí sắc thường gặp trong tâm thần học. Bệnh do hoạt động của bộ não bị rối loạn gây nên tạo thành những biến đổi thất thường trong suy nghĩ, hành vi và tác phong. Có ba nhóm triệu chứng chủ yếu [31, tr. 27]:

- *Cảm xúc bị ức chế*: thân chủ thấy chán nản, buồn rầu vô hạn, biểu hiện rõ ràng ra nét mặt như ủ rũ, thường rơm rớm nước mắt, chân tay rã rời, cảm giác khó chịu, bất an và nhìn nhận quá khứ, hiện tại, tương lai với màu sắc ảm đạm, thê thảm.

- *Tư duy bị ức chế*: quá trình liên tưởng của bệnh nhân chậm chạp, dòng tư duy bị ngừng trệ, khó diễn đạt ý nghĩ của mình thành lời nói, thường xuất hiện các ý nghĩ tự ti, hoang tưởng tự buộc tội, không dám ăn, không dám nhìn mọi người và có ý nghĩ hoặc hành vi tự sát.

- *Hoạt động bị ức chế*: bệnh nhân có thể ngồi im một chỗ rất lâu, đi lại chậm chạp, khúm núm như kẻ chạy trốn. Đôi khi bệnh nhân có những cơn kích động trầm cảm: khóc lóc thôn thức, gào thét và có thể có hành vi tự sát.

Một số triệu chứng rối loạn khác: chú ý trì trệ, trí nhớ giảm, có thể gặp một số hoang tưởng hoặc ảo giác. Bệnh nhân có thể chán ăn, cơ thể gầy yếu, rối loạn bài tiết mồ hôi, rối loạn kinh nguyệt.

** Các rối loạn hưng cảm*

Hưng cảm là trạng thái cảm xúc hưng phấn bất thường hoặc dễ bị kích thích, cáu kỉnh, khuấy động và/hoặc đầy năng lượng. Hưng cảm có nghĩa trái ngược với trầm cảm. Rối loạn hưng cảm có ba nhóm triệu chứng chủ yếu:

- *Cảm xúc hưng phấn*: khí sắc tăng, luôn vui vẻ, lạc quan quá mức, vẻ khoan khoái nhẹ nhõm, tràn trề sức sống. Nhìn cuộc đời dưới lăng kính màu hồng.

- *Tư duy hưng phấn*: tư duy phi tán là điển hình của trạng thái hưng cảm. Liên tưởng mau lẹ, ý tưởng dồi dào, các ý liên kết với nhau một cách máy móc: theo vần điệu, đồng âm và thường bị thay đổi theo tác động ngoại cảnh. Khả năng tự phê phán kém, bệnh nhân cho rằng mình có nhiều khả năng, giải quyết được nhiều công việc lớn. Chính vì vậy, bệnh nhân có nhiều quyết định hay hành động quá mức.

- *Hoạt động hưng phấn*: bệnh nhân ít ngủ, hoạt động nhiều, can thiệp vào mọi việc. Tuy tham gia vào nhiều công việc nhưng hời hợt, không hiệu quả. Nếu nặng nề quá, có thể xuất hiện trạng thái kích động tâm thần vận động, làm huyên náo nơi bệnh nhân đang ở. [38]

Những triệu chứng thường gặp nhất của giai đoạn hưng cảm là nói nhanh, nói nhiều, kích động, giảm nhu cầu ngủ, tăng libido và trở nên rộng rãi, phóng khoáng một cách bất thường (chi tiêu vô tội vạ, rất tích cực kết bạn, tăng khả năng sáng tạo). Những triệu chứng ít gặp hơn bao gồm: hành vi bạo lực, sùng đạo, tính cách trẻ thơ hóa và tăng trương lực [60, tr. 1561-1572]

** Rối loạn cảm xúc lưỡng cực*

Theo ICD-10, rối loạn cảm xúc lưỡng cực là một rối loạn có tính chu kỳ, tái diễn và tiến triển không ngừng. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực gồm các pha rối loạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ xen kẽ với các pha rối loạn trầm cảm một cách tuần tự [45]. Cũng có thể có vài pha rối loạn hưng cảm mới xuất hiện một pha rối loạn trầm cảm hoặc ngược lại, chỉ có một pha rối loạn hưng cảm và nhiều pha rối loạn trầm cảm.

Điểm đặc trưng là bệnh nhân thường hồi phục hoàn toàn giữa các pha, tỷ lệ mắc rối loạn cảm xúc lưỡng cực giữa hai giới gần như bằng nhau [45].

Có 2 loại rối loạn cảm xúc lưỡng cực là:

Rối loạn lưỡng cực I: có hội chứng hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ thay thế lẫn nhau với những giai đoạn rối loạn trầm cảm.

Rối loạn lưỡng cực II: có các cơn hưng cảm nhẹ, thoáng qua phối hợp với những giai đoạn rối loạn trầm cảm chủ yếu. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực 2 là một chẩn đoán mới trong phân loại của DSM-IV bao gồm: Bệnh khởi phát muộn; Bệnh phát triển chậm với các giai đoạn lui bệnh ngắn; Có tỉ lệ lạm dụng chất cao; Mất khả năng lao động nghề nghiệp; Mối quan hệ với gia đình vẫn còn tốt; Cảm xúc không ổn định, đặc biệt là trong giai đoạn trầm cảm [45].

Giai đoạn rối loạn hưng cảm bắt đầu đột ngột, kéo dài từ 2 tuần đến 5 tháng, trung bình 4 tháng. Giai đoạn trầm cảm có khuynh hướng kéo dài hơn, trung bình 6 tháng, đôi khi có thể trên 1 năm [6].

** Giới hạn loại rối loạn cảm xúc trong đề tài luận văn hiện tại*

Như đã phân tích ở phần giới hạn về phạm vi nghiên cứu, trong luận văn này, chúng tôi tập trung vào nghiên cứu rối loạn trầm cảm. Tại Việt Nam, trầm cảm là rối loạn được nghiên cứu nhiều nhất trong 3 loại rối loạn cảm xúc. Tra cứu trên công cụ tìm kiếm ấn phẩm khoa học Google Scholar tiếng Việt cho ra 24 kết quả với cụm từ “hưng cảm”, 16 kết quả với cụm từ “rối loạn cảm xúc lưỡng cực”, nhưng tới hơn 900 kết quả với cụm từ “trầm cảm”. Những con số này cho thấy sự

thiên lệch rõ rệt trong mối quan tâm và nhu cầu nghiên cứu của các nhà khoa học Việt Nam với bệnh trầm cảm [6].

1.2.3. Rối loạn trầm cảm

Thuật ngữ trầm cảm hay sầu uất “Mélancholie” được Hippocrate (460-377 trước Công nguyên) dùng để mô tả một số rối loạn tâm thần có biểu hiện rối loạn khí sắc. Năm 1686, Bonet mô tả một bệnh tâm thần mà ông gọi là bệnh hưng cảm - sầu uất “Maniaco-Mélancoliants” [54].

E.Kraepelin (1899), dựa trên các biểu hiện lâm sàng và tính chất tiến triển của các bệnh do các nhà tâm thần học Pháp và Đức mô tả trên, thống nhất lại thành một thể bệnh và gọi là bệnh loạn thần hưng - trầm cảm [54]. Trước những năm 80 của thế kỷ XX, rối loạn trầm cảm được mô tả như một giai đoạn của bệnh loạn thần hưng - trầm cảm. Các tiến bộ quan trọng trong việc mô tả, phân loại các rối loạn trầm cảm trong 30 năm qua đã giúp thúc đẩy các nghiên cứu quan trọng về dịch tễ, bệnh nguyên và bệnh sinh các rối loạn trầm cảm này một cách chi tiết, hợp lý.

Trầm cảm được định nghĩa như sau:

Trầm cảm (depression disorder) là một rối loạn về cảm xúc, có đặc điểm chung là bệnh nhân thấy buồn chán, mất sự hứng thú, cảm thấy tội lỗi hoặc giảm giá trị bản thân, khó ngủ hoặc sự ngon miệng, khả năng làm việc kém và khó tập trung [54].

Trầm cảm có thể trở thành mãn tính hoặc tái phát và làm giảm khả năng của cá nhân trong thích ứng với cuộc sống, trong trường hợp nặng nhất, trầm cảm có thể dẫn tới tự sát. Hầu hết các ca bệnh trầm cảm có thể điều trị bằng thuốc hoặc liệu pháp tâm lý.

Trầm cảm điển hình được mô tả bằng sự ức chế toàn bộ các quá trình hoạt động tâm thần biểu hiện bằng 3 triệu chứng đặc trưng sau [12]:

- Khí sắc trầm: biểu hiện bằng nét mặt, dáng điệu buồn rầu, ủ rũ.
- Mất hoặc giảm sự quan tâm thích thú: không quan tâm đến mọi việc, không còn ham thích gì kể cả vui chơi.
- Mất hoặc giảm năng lượng, giảm hoạt động: dễ mệt mỏi không còn sức lực chỉ sau một cố gắng nhỏ.

Các triệu chứng phổ biến khác của trầm cảm bao gồm:

- Mất hoặc giảm tập trung chú ý.
- Giảm sự tự trọng và lòng tự tin.
- Tự cho mình là không xứng đáng, hoặc có ý tưởng bị buộc tội, bị khuyết điểm.

- Nhìn tương lai âm đạm, bi quan, đen tối.
- Có ý tưởng, hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát.
- Rối loạn giấc ngủ.
- Ăn ít ngon miệng hoặc ăn quá nhiều.

** Phân loại trầm cảm*

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, trầm cảm được chẩn đoán theo ba mức độ: nhẹ, trung bình, nặng [45].

- Giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0): Chẩn đoán ở mức độ này khi bệnh nhân có 2/3 các triệu chứng đặc trưng và có 2/7 trong số các triệu chứng phổ biến. Các triệu chứng này làm bệnh nhân gặp khó khăn trong các hoạt động xã hội, công việc thường ngày nhưng vẫn có thể tiếp tục được. Trong trầm cảm ở mức độ nhẹ, bệnh nhân có thể có hoặc không có những triệu chứng cơ thể. Thời gian xuất hiện các triệu chứng tối thiểu phải hai tuần.

- Giai đoạn trầm cảm trung bình (F32.1): khi bệnh nhân có 2/3 triệu chứng đặc trưng và có 4/7 trong số các triệu chứng phổ biến. Các triệu chứng này gây khó khăn đáng kể trong việc tiếp tục các chức năng nghề nghiệp, xã hội hoặc các sinh hoạt trong gia đình. Bệnh nhân có thể có hoặc không có các triệu chứng cơ thể. Thời gian xuất hiện các triệu chứng tối thiểu phải hai tuần.

- Giai đoạn trầm cảm mức độ nặng không có các triệu chứng loạn thần (F32.2): Khi bệnh nhân có 3/3 triệu chứng đặc trưng và ít nhất 4/7 trong số các triệu chứng phổ biến, vài triệu chứng trong số này ở mức độ nặng. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân có kích động hoặc chậm chạp tâm thần vận động rõ rệt khó có thể mô tả triệu chứng một cách chi tiết. Do đó, trầm cảm nặng vẫn được chẩn đoán trong trường hợp này. Trong giai đoạn trầm cảm nặng bệnh nhân ít hoặc không thể tiếp tục công việc xã hội, nghề nghiệp hoặc công việc gia đình. Thời gian xuất hiện các triệu chứng tối thiểu phải hai tuần.

- Giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần (F32.3): giai đoạn này đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán của trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần nêu trên, nhưng kèm theo đó là các triệu chứng loạn thần như: hoang tưởng, ảo giác và có thể xuất hiện sững sờ trầm cảm. Thời gian xuất hiện các triệu chứng tối thiểu phải hai tuần.

1.3. Liệu pháp nhận thức - hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn trầm cảm

1.3.1. Khái niệm sử dụng liệu pháp nhận thức - hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn trầm cảm

Dựa trên định nghĩa trị liệu tâm lý sử dụng liệu pháp nhận thức – hành vi và rối loạn trầm cảm, chúng tôi đưa ra định nghĩa về sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm như sau:

Sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm là sử dụng các kỹ thuật thay đổi suy nghĩ, thay đổi hành vi và cảm xúc (khí sắc) nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe của bệnh nhân rối loạn trầm cảm, giúp bệnh nhân giảm các triệu chứng như buồn chán, mất sự hứng thú, cảm thấy tội lỗi hoặc giảm giá trị bản thân, khó ngủ hoặc sự ngon miệng, khả năng làm việc kém và khó tập trung.

1.3.2. Đặc điểm của liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn cảm xúc

Khi giải thích rối loạn trầm cảm, Beck đã đưa ra học thuyết về bộ ba nhận thức [7]. Bộ ba nhận thức trong trầm cảm bao gồm những suy nghĩ tiêu cực của bệnh nhân về bản thân, về thế giới và về tương lai. Từ những quan điểm về nhận thức trong trầm cảm, Beck đã hình thành liệu pháp nhận thức mà ngày nay được phát triển thành liệu pháp nhận thức hành vi trong trầm cảm. Liệu này có đặc điểm cơ bản như sau [1]:

Liệu pháp nhận thức hành vi cho rằng con người có thể học cách thay đổi suy nghĩ về bản thân mình, về thế giới và về người khác. Những cảm xúc tiêu cực như buồn, tức giận, tuyệt vọng không phải do các sự kiện bên ngoài gây ra mà do chính suy nghĩ không hợp lý của thân chủ. Vì vậy, để giảm cảm xúc tiêu cực, thân chủ phải thay đổi suy nghĩ, học cách suy nghĩ tích cực hơn. Liệu pháp nhận thức hành vi dạy cho thân chủ về trầm cảm, lối suy nghĩ và cách giải quyết vấn đề của bệnh nhân trầm cảm trong những tình huống bất lợi trong cuộc sống. Liệu pháp cũng chỉ ra những bất hợp lý trong lối tư duy này, từ đó hướng dẫn cho bệnh nhân những phương cách mới, những chiến lược mới để đối phó những sang chấn tâm lý cũng như huấn luyện cho bệnh nhân kỹ năng giải quyết vấn đề.

Bài tập về nhà là một phần quan trọng trong quá trình trị liệu liệu pháp nhận thức hành vi, nó ảnh hưởng đến sự thành công của trị liệu. Nhà trị liệu sẽ hướng dẫn thân chủ những bài thực hành tại nhà để tạo cơ hội cho thân chủ thực hành những kỹ năng mới học được, từ đó thân chủ khái quát hóa những phương pháp ứng phó

mới học được và ứng dụng những phương cách này vào những tình huống khác nhau trong cuộc sống.

Việc xây dựng mối quan hệ giữa thân chủ và nhà trị liệu là một điều quan trọng trong liệu pháp nhận thức hành vi. Chức năng của nhà trị liệu không chỉ để tư vấn cho thân chủ mà còn để dạy cho thân chủ làm thế nào để áp dụng các kỹ năng hợp lý vào việc điều chỉnh những suy nghĩ và cảm xúc của mình.

Để đánh giá hiệu quả của trị liệu nhận thức hành vi với bệnh nhân trầm cảm, sau mỗi buổi trị liệu, nhà trị liệu đánh giá khách quan về các triệu chứng của trầm cảm, từ đó cung cấp cơ sở giải thích hợp lý cho tính hiệu quả của liệu pháp.

Đây là một liệu pháp có sự hướng dẫn và đòi hỏi hoạt động của nhà trị liệu ở mức độ cao. Mỗi buổi trị liệu có cấu trúc riêng và nhà trị liệu đảm bảo phải truyền đạt được tất cả những kỹ năng phù hợp với cấu trúc của từng buổi cho bệnh nhân.

1.3.3. Các kỹ thuật thực hiện liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn trầm cảm

**** Kỹ thuật nhận thức***

Kỹ thuật nhận thức trong liệu pháp nhận thức hành vi quan tâm tới việc chỉ ra suy nghĩ bất hợp lý của thân chủ và giúp thân chủ nhận biết sự bất hợp lý đó.

- Bước 1: Nhận biết suy nghĩ, niềm tin không hợp lý

Đây là bước đầu tiên của quá trình tái cấu trúc nhận thức. Trong trạng thái trầm cảm thân chủ có những kiểu suy nghĩ, niềm tin không hợp lý, chính vì những suy nghĩ không hợp lý này sẽ làm cho bệnh nhân rơi vào trạng thái trầm cảm nhiều hơn và xuất hiện những kiểu ứng xử không thích hợp. Vì vậy nhà trị liệu phải giúp thân chủ nhận biết những suy nghĩ, niềm tin không hợp lý này [58].

Đặc trưng ở bệnh nhân trầm cảm là suy nghĩ tự động mang màu sắc tiêu cực, bi quan. Suy nghĩ tự động được hình thành dựa trên cảm xúc của cá nhân đối với những sự kiện bên ngoài. Trong trường hợp các bệnh lý như bệnh trầm cảm, suy nghĩ tự động thường phản ánh những méo mó về nhận thức. Một số kiểu suy nghĩ tự động thường thấy ở bệnh nhân trầm cảm là [75]:

+ Kiểu suy nghĩ tất cả hoặc không có gì: thân chủ nhìn nhận mọi việc theo chiều hướng tuyệt đối hóa, hoặc là hoàn toàn tốt hoặc là hoàn toàn xấu, hoặc là trắng hoặc là đen chứ không chịu chấp nhận trong mỗi sự vật, hiện tượng đều có thể tồn tại cả điểm tốt lẫn xấu.

+ Kiểu suy nghĩ khái quát hóa: từ một sự kiện, hoặc một đặc điểm người ta suy luận rộng ra, nhân rộng ra và như thể đặc điểm đó hay hiện tượng đó không bao giờ chấm dứt.

+ Kiểu suy nghĩ thổi phồng hoặc hạ thấp (có thể là phóng đại vấn đề tiêu cực và hạ thấp vấn đề tích cực): thân chủ phóng đại tầm quan trọng của của vấn đề hoặc phóng đại lỗi lầm của mình. Hoặc là thân chủ không công nhận những thành tích đã đạt được hoặc đánh giá thấp khả năng vượt qua vấn đề của bản thân mình.

+ Kiểu suy nghĩ nhảy ngay đến kết luận: một sự kiện chưa rõ ràng, nhưng thân chủ đánh giá và cho kết luận ngay.

+ Kiểu suy nghĩ chọn lọc: thân chủ chỉ nhìn thấy, nhớ đến, quan tâm đến những điều xấu mà bỏ qua những điều tốt trong mỗi sự việc, hiện tượng của con người.

+ Đọc suy nghĩ của người khác: thân chủ cho rằng họ biết người khác đang nghĩ gì, và biết người khác đang có những suy nghĩ tiêu cực về thân chủ.

+ Kiểu suy nghĩ dán nhãn: tự gán cho mình một biệt danh tiêu cực như: người vô tích sự, hậu đậu...

Với những suy nghĩ tự động như vậy, nhiệm vụ của nhà trị liệu ở bước này là nhận diện những suy nghĩ, niềm tin bất hợp lý ở thân chủ, và chỉ ra điểm bất hợp lý cho thân chủ cùng nắm rõ. Để nhận diện suy nghĩ, niềm tin bất hợp lý, trị liệu nhận thức hành vi thường sử dụng kỹ thuật phỏng vấn kiểu Socrat. Kỹ thuật này vừa giúp tìm hiểu các suy nghĩ tự động, các niềm tin không hợp lý, vừa hỗ trợ việc hình thành nên các kiểu nhận thức mới.

Kỹ thuật đóng vai qua hoặc qua tình huống giả định hoặc những tình huống thực tế: Nhà trị liệu và thân chủ sẽ đóng vai, trong đó nhà trị liệu đưa ra tình huống hoạt hóa (tình huống có vấn đề), thân chủ thể hiện niềm tin (suy nghĩ của mình về nguyên nhân vấn đề) và hậu quả (phản ứng của mình với vấn đề). Mối liên kết giữa tình huống hoạt hóa (Antecedent) – niềm tin (Belief) – hậu quả (Consequence) được gọi là mô hình ABC. Sau đây là một vài tình huống giả định minh họa cho mô hình này:

Tình huống 1:

A (Sự kiện hoạt hóa): Không liên lạc được với người yêu

B (Niềm tin): Anh ấy không yêu mình nữa

C (Hậu quả): Buồn chán, lo lắng.

Tình huống 2:

A (Sự kiện hoạt hóa): Trượt đại học

B (Niềm tin): Mình là người vô dụng

C (Hậu quả): Chán nản, thất vọng

Dựa trên việc đóng vai tái lập lại tình huống, thân chủ nhận biết mối liên quan giữa sự kiện nảy sinh tình huống và cách suy nghĩ và phản ứng của mình với tình huống đó.

Sau khi giúp thân chủ ý thức được những suy nghĩ tự động của mình, nhà trị liệu cần giúp thân chủ nhận ra tính bất hợp lý của các suy nghĩ đó. Cách thức thường được sử dụng là tranh luận với các suy nghĩ tiêu cực và hình thành những suy nghĩ mới tích cực. Nhà trị liệu giúp thân chủ thử nghiệm được tính hợp lý của những suy nghĩ tự động, niềm tin không hợp lý. Mục tiêu là khuyến khích thân chủ loại bỏ các suy nghĩ tự động, niềm tin sai lệch sau khi xem xét vấn đề cẩn thận và từ nhiều góc độ. Nhà trị liệu cùng bệnh nhân xem xét lại toàn bộ tình huống, giúp họ đưa ra các giải thích hợp lý từ đó hình thành những suy nghĩ mới tích cực hơn.

- Bước 2: Hạn chế suy nghĩ, niềm tin không hợp lý

Để có thể hạn chế các ý nghĩ tiêu cực, nhà trị liệu có thể thực hiện các cách thức sau:

+ Thử nghiệm: Kỹ thuật này được sử dụng trong trường hợp thân chủ có suy nghĩ mình sẽ không bao giờ làm được điều đó, hoặc là không muốn làm điều đó vì nghĩ nó sẽ không có ích gì. Nhà trị liệu sẽ giúp thân chủ trải nghiệm những điều đó: Tại sao chúng ta không thử và chờ đợi điều bất ngờ sẽ đến? Mục đích là để thân chủ thấy rõ họ có khả năng hơn họ nghĩ.

+ Cân bằng suy nghĩ: Do bệnh nhân trầm cảm thường có suy nghĩ tất cả hoặc không có gì hoặc suy nghĩ khái quát hóa, nên nhà trị liệu giúp thân chủ giảm suy nghĩ này bằng cách thêm mệnh đề “mặc dù...nhưng”. Thí dụ, khi thân chủ suy nghĩ “Tôi đang rất buồn”, nhà trị liệu sẽ hướng thân chủ suy nghĩ: “Mặc dù hiện tôi rất buồn nhưng tôi sẽ vượt qua được”.

+ Ngừng suy nghĩ tiêu cực, có hại: bằng cách thân chủ nói với chính mình rằng: “Suy nghĩ này không giúp mình khá lên, nó chỉ làm cho mình mệt mỏi chán nản”. Hoặc thân chủ học cách dùng chánh niệm hoặc thư giãn để bình tâm lại.

+ Kỹ thuật đưa ra bằng chứng: Khi thân chủ có suy nghĩ tiêu cực làm cho tâm trạng trở nên tồi tệ hơn thì hướng dẫn thân chủ:

1. Tìm những bằng chứng cho thấy suy nghĩ của thân chủ là đúng và những bằng chứng cho thấy suy nghĩ của thân chủ là sai. Sau đó thân chủ phân tích: suy nghĩ tiêu cực có bao nhiêu bằng chứng đúng bao nhiêu bằng chứng sai.

2. Thân chủ trao đổi ý kiến của mình với nhà trị liệu hoặc với người khác. Từ đó thân chủ có thể cân bằng được suy nghĩ của mình và cải thiện tâm trạng tốt hơn.

3. Trường hợp suy nghĩ của thân chủ là đúng hoặc gần như đúng thì nhà trị liệu sẽ tiếp tục giúp thân chủ bình thường hóa hoặc chấp nhận vấn đề đó một cách nhẹ nhàng hơn bằng cách cho thân chủ tưởng tượng đến những tình huống xấu, đối mặt với những tình huống đó chứ không tránh né. Thoạt đầu thân chủ có thể lo âu và trầm cảm hơn nhưng khi đối mặt nhiều lần thì cảm giác đó sẽ giảm nhẹ do thân chủ nghĩ rằng dù tình huống xấu nhất họ vẫn có thể chịu đựng được.

** Kỹ thuật hành vi*

Các kỹ thuật hành vi và nhận thức đi đôi với nhau. Các kỹ thuật hành vi kiểm tra và thay đổi các nhận thức không phù hợp và không chính xác. Mục đích chung của các kỹ thuật này là giúp bệnh nhân học các chiến lược và cách thức mới giải quyết vấn đề. Các kỹ thuật hành vi bao gồm:

- Kỹ thuật giải miễn cảm có hệ thống: Kỹ thuật này đặc biệt hiệu quả ở bệnh nhân với vấn đề về lo âu. Nguyên lý của giải miễn cảm có hệ thống rất đơn giản: Trạng thái thư giãn và trạng thái lo âu không thể xảy ra cùng lúc. Vì vậy, khi thân chủ lo âu, nhà trị liệu cần giúp đưa thân chủ về trạng thái thư giãn, từ đó giúp thân chủ dễ dàng đối phó với tình huống lo âu. Thân chủ sẽ tiếp xúc dần dần với các yếu tố gây lo âu (theo mức độ tăng dần) dưới sự hướng dẫn của nhà trị liệu, trong quá trình tiếp xúc sẽ thực hành thư giãn để làm giảm lo âu, dần dần giải sự miễn cảm của cơ thể với các tình huống gây lo âu.

- Kỹ thuật ghi nhật ký: Ghi nhật ký là một cách hiệu quả giúp thân chủ tự theo dõi ý nghĩ, tư duy, hành vi và cảm xúc của mình gắn với các sự kiện diễn ra trong ngày. Nhật ký giúp thân chủ nhận thức được tư duy sai lệch của họ và chỉ rõ hậu quả của nó trên hành vi. Về sau thì nhật ký sẽ giúp biểu lộ và củng cố các hành vi tiêu cực. Nhà trị liệu theo dõi và thảo luận nội dung nhật ký với thân chủ để giúp thân chủ tự giám sát mình theo mô hình ABC.

- Kỹ thuật làm chủ: Thân chủ được yêu cầu đánh giá khả năng làm chủ của mình trong các hoạt động mà anh ta thực hiện, và mức độ niềm vui mà các hoạt động này mang lại. Thân chủ thường cảm thấy ngạc nhiên khi biết rằng họ có thể làm chủ các hoạt động nhiều hơn họ tưởng tượng.

- Kỹ thuật làm bài tập: Việc giảm trầm cảm hay bất cứ rối loạn tâm lý nào thường là mục tiêu quá lớn, khó thực hiện trong ngày một ngày hai. Để đơn giản hóa tình huống và bảo đảm sự thành công, nhà trị liệu chia các công việc ra thành

các bước nhỏ như giao bài tập nhỏ, để chứng tỏ cho thân chủ thấy rằng họ có khả năng thành công.

Bài tập thường được thiết kế để giải quyết một vấn đề mà thân chủ đang gặp phải, ví dụ thân chủ gặp khó khăn trong việc dừng chơi game thì các bài tập sẽ yêu cầu thân chủ ngưng chơi game trong một thời gian nhất định. Bài tập phải được thiết kế từ đơn giản đến phức tạp. Thí dụ, bài tập 1 là dừng chơi game trong 5', bài tập 2 là dừng chơi game trong 10', bài tập 3 là dừng chơi game trong 30'.... Khi thực hiện được từng bài tập với độ khó tăng dần, thân chủ nhận thấy ngay là họ đang thành công việc đạt được mục tiêu đặc biệt. Điều này giúp họ nhận ra khả năng tự kiểm soát hành vi, tự kiểm soát bản thân của họ.

- Kỹ thuật diễn tập nhận thức: Kỹ thuật này giúp thân chủ có cơ hội luyện tập trong tâm trí cách thức ứng phó với tình huống khó khăn. Thân chủ tưởng tượng 1 tình huống khó khăn và nhà trị liệu hướng dẫn họ từng bước thực hiện và giải quyết thành công, với tình huống đó. Sau đó, BN tiếp tục luyện tập, diễn tập các bước này một cách tưởng tượng.

- Kỹ thuật tập đóng vai: Ngược với kỹ thuật diễn tập nhận thức, kỹ thuật đóng vai là luyện tập cách thức ứng phó với tình huống khó khăn trong thực tế. Nhà trị liệu và thân chủ tập đóng vai trong đó nhà trị liệu thực hiện các hành vi mới hay các đáp ứng thích nghi với các tình huống. Đây là kỹ thuật hiệu quả trong việc giúp bệnh nhân hình thành thói quen tư duy mới và học các hành vi mới.

- Kỹ thuật tiêu khiển: Khi thân chủ giảm những suy nghĩ tự động và giảm hành vi không phù hợp, cần tạo ra các thói quen hành vi mới thay thế cho hành vi không phù hợp. Các hành vi thay thế thường được sử dụng, hay còn gọi là hành vi tiêu khiển, bao gồm hoạt động thể lực, tiếp xúc xã hội, làm việc, vui chơi [58].

1.3.4. Ưu điểm và nhược điểm của sử dụng liệu pháp nhận thức - hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn trầm cảm

Liệu pháp nhận thức - hành vi là một trong những loại trị liệu tâm lý. Người trị liệu sẽ trò chuyện về tình trạng bệnh và những vấn đề liên quan của mình với một bác sĩ tâm lý hoặc một nhà trị liệu. Liệu pháp này giúp người trị liệu nhận thức được suy nghĩ không chính xác hoặc tiêu cực khi đứng trước các tình huống thách thức. Từ đó phản hồi chúng theo những cách tích cực và hiệu quả hơn. Trong điều trị bệnh trầm cảm thì liệu pháp nhận thức - hành vi có những ưu, nhược điểm sau:

Về ưu điểm

- Có thể sử dụng để điều trị phối hợp khi bệnh nhân trầm cảm không đáp ứng điều trị thuốc đơn thuần;
- Khoảng thời gian áp dụng tương đối ngắn đối với điều trị bệnh trầm cảm;
- Nhà tâm lý có thể sử dụng nhiều hình thức có thể áp dụng như tham gia buổi nói chuyện, sách hướng dẫn;
- Nội dung của liệu pháp nhận thức hành vi bao gồm các chiến lược hữu ích và thiết thực áp dụng được trong cuộc sống hàng ngày, kể cả ngay sau khi việc điều trị kết thúc đối với bệnh nhân trầm cảm.

Về nhược điểm

- Người bệnh cần sự tuân thủ đúng quy trình để có hiệu quả tốt nhất, do đó cần sự hợp tác của người bệnh;
- Tham dự các buổi nói chuyện thường xuyên hoặc bài tập phụ thêm có thể mất nhiều thời gian của người bệnh
- Người bệnh phải trực tiếp đối mặt với cảm xúc và lo lắng, do đó giai đoạn ban đầu vô cùng khó khăn
- Nội dung của liệu pháp tập trung chủ yếu và khả năng thay đổi bản thân (suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của họ)- điều này không bao gồm việc giải quyết các vấn đề xã hội khác.
- Giải quyết các vấn đề hiện tại và tập trung vào các vấn đề cụ thể, nó không giải quyết các nguyên nhân tiềm ẩn có thể gây ra bệnh lý sức khỏe tâm thần, như tuổi thơ không hạnh phúc.

1.3.5. Yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng liệu pháp nhận thức - hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn trầm cảm

Trong quá trình sử dụng liệu pháp nhận thức - hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn trầm cảm bị ảnh hưởng bởi các yếu tố:

Thứ nhất, năng lực của người trị liệu

Khi thực hiện việc điều trị bệnh trầm cảm, người bệnh có thể nhờ các nhà trị liệu uy tín, người quen đã từng trị liệu giới thiệu cho mình. Nếu muốn tự tìm, hãy thông qua một hiệp hội tại địa phương hoặc các nguồn uy tín trực tuyến. Hãy kiểm tra các thông tin về nhà trị liệu đó, như:

Hoàn cảnh và giáo dục: Các nhà trị liệu tâm lý được đào tạo có thể có một số chức danh công việc khác nhau, tùy thuộc vào trình độ học vấn và vai trò của họ. Hầu hết đều có bằng thạc sĩ hoặc tiến sĩ với chuyên môn là tư vấn tâm lý. Ngoài ra,

bác sĩ y khoa chuyên về sức khỏe tâm thần (bác sĩ tâm thần) có thể kê đơn thuốc cũng như hỗ trợ cả về liệu pháp tâm lý.

Chúng nhận và giấy phép: Hãy chắc chắn rằng nhà trị liệu được chọn đáp ứng các yêu cầu về giấy phép và chứng nhận uy tín về tâm lý học.

Lĩnh vực chuyên môn. Tìm hiểu về chuyên môn và kinh nghiệm của nhà trị liệu, vì tuy cùng một khoa tâm lý học, mỗi người thường sẽ thiên về một vấn đề tâm lý riêng. Người bệnh không chỉ nên chọn một nhà trị liệu giỏi, mà còn cần phải phù hợp.

Thứ hai, mức độ tuân thủ trị liệu của người bệnh

Một trong những khó khăn đó là sự tuân thủ nghiêm ngặt của người bệnh trong quá trình điều trị trầm cảm bằng liệu pháp nhận thức hành vi. Thật không may, cảm xúc trầm cảm thường được xem là dấu hiệu của sự yếu đuối hơn là dấu hiệu của một điều gì đó đã mất cân bằng. Những lời nhận xét của người khác như “vượt qua nó đi” hoặc “tại mình nghĩ vậy thôi” không hề có ích, và phản ánh một niềm tin rằng những mối quan ngại về sức khỏe là không có thật. Việc phớt lờ hoặc chối bỏ những cảm xúc của quý vị sẽ không làm cho chúng mất đi. Quan tâm sớm đến những triệu chứng của bệnh trầm cảm thông qua tập thể dục, chế độ ăn lành mạnh, sự giúp đỡ tích cực từ gia đình và bạn bè, hoặc tham vấn với một chuyên gia sức khỏe hoặc sức khỏe tâm thần được đào tạo có thể giúp phòng tránh việc mắc trầm cảm nặng hơn theo thời gian.

Thứ ba, khó khăn tâm lý của bệnh nhân

Nhiều người với triệu chứng của bệnh trầm cảm không tự nhận mình bị trầm cảm. Một số người không tự nhận thức những triệu chứng này, trong khi những người khác có thể gặp khó khăn trong việc thừa nhận mình bị trầm cảm. Đây có lẽ là một vấn đề tế nhị. Một cá nhân có thể cảm thấy thất bại hoặc rằng người khác sẽ đánh giá mình. Nhưng đây là những gì quý vị nên biết: đối với người chăm sóc, bệnh trầm cảm thường gặp nhiều hơn là quý vị nghĩ, và đó là một phản ứng bình thường cho một hoàn cảnh khó khăn. Người chăm sóc thường mắc trầm cảm từ nhẹ đến nặng do hệ quả của việc đối mặt với công việc chăm sóc luôn luôn đòi hỏi.

Tiểu kết chương 1

Trị liệu tâm lý là các phương pháp, kỹ thuật mà nhà trị liệu tâm lý sử dụng thông qua cách thức giao tiếp nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, tinh thần, tháo gỡ các vấn đề trong cảm xúc và hành vi của người bệnh. Trị liệu tâm lý có 03 đặc điểm chính: trị liệu tâm lý cần sự tương tác giữa nhà trị và bệnh nhân, trị liệu tâm lý được thực hiện qua hình thức giao tiếp, trị liệu tâm lý tác động vào sức khỏe tinh thần của

bệnh nhân. Trong các phương pháp trị liệu tâm lý, trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức – hành vi là sử dụng các kỹ thuật thay đổi suy nghĩ, thay đổi hành vi và cảm xúc (khí sắc) nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe, tinh thần, tháo gỡ các vấn đề trong cảm xúc và hành vi của người bệnh. Liệu pháp nhận thức - hành vi gồm 03 bước: Hoạt động nhận thức ảnh hưởng đến hành vi, hoạt động nhận thức có thể được giám sát và có thể thay đổi, thay đổi nhận thức có thể tạo ra sự thay đổi hành vi.

Rối loạn cảm xúc là trạng thái bệnh lí biểu hiện bằng rối loạn trầm cảm đơn thuần hoặc xen kẽ với những rối loạn hưng cảm hoặc rối loạn khí sắc chu kì ở cường độ cao, trong thời gian dài hoặc có những rối loạn hành vi, tác phong rõ rệt làm cho người bệnh mất khả năng hoạt động xã hội, nghề nghiệp và không thích ứng với môi trường xung quanh. Rối loạn cảm xúc gồm 3 loại: hưng cảm, trầm cảm và rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Trong đó, rối loạn trầm cảm là loại rối loạn khí sắc thường gặp trong tâm thần học. Bệnh do hoạt động của bộ não bị rối loạn gây nên tạo thành những biến đổi thất thường trong suy nghĩ, hành vi và tác phong. Hiện nay, hai phương pháp chính để điều trị rối loạn cảm xúc là điều trị bằng thuốc và trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức hành vi. Liệu pháp nhận thức hành vi là mô hình trị liệu tâm lý dựa trên thay đổi nhận thức, tư duy sai lệch để thay đổi hành vi kém thích nghi. Bản chất của liệu pháp nhận thức hành vi là tái cấu trúc nhận thức cho người mắc rối loạn cảm xúc, hình thành những suy nghĩ mới tích cực hơn và khuyến khích họ tham gia các hoạt động để từ đó bệnh nhân có thể vượt qua những rối loạn trong cảm xúc.

Chương 2

TỔ CHỨC VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tổ chức nghiên cứu

2.1.1. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tâm thần Long An, tỉnh Long An. BVTTLA được thành lập theo Quyết định 125/QĐ-UBND ngày 13/01/2015 của UBND tỉnh Long An. Đây là một bệnh viện được xây dựng hoàn toàn mới, với quy mô 150 giường bệnh tọa lạc trong khu vực nội thị thành phố Tân An, sát vách với Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An. Hàng ngày, bệnh viện tiếp nhận và điều trị cho nhiều mã bệnh tâm thần do bị ảnh hưởng từ phía gia đình và xã hội như: trầm cảm, lo âu, rối loạn giấc ngủ, stress, rối loạn tâm thần tuổi già và các bệnh tâm thần trẻ em, người lớn...

BVTTLA là một bệnh viện công lập thực hiện điều trị các bệnh tâm thần cho tỉnh Long An và vùng phụ cận theo các quy định của Nhà nước và thực hiện theo chi phí khám chữa bệnh theo hình thức thanh toán của bảo hiểm y tế. Theo đó, các bệnh nhân đến khám và điều trị được hưởng những lợi ích theo mô hình điều trị tâm thần bằng phương thức tân tiến với biểu giá phù hợp.

2.1.2. Triển khai thực hiện nghiên cứu

Giai đoạn 1: - Xây dựng đề cương, hoàn thiện tên đề tài

- Nghiên cứu tài liệu, dịch tài liệu

Giai đoạn 2: - Đến Bệnh viện Tâm thần Long An xin phép nghiên cứu

- Sàng lọc bệnh nhân

- Tiến hành trị liệu cho bệnh nhân trầm cảm

Giai đoạn 3: - Hoàn thiện và bảo vệ luận văn

2.1.3. Khách thể nghiên cứu

2.1.3.1. Chọn mẫu nghiên cứu

Khách thể nghiên cứu là 60 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm giai đoạn nhẹ, trung bình và nặng không kèm các triệu chứng loạn thần (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10) tại Khoa Khám bệnh - BVTTLA. Trong đó, 30 bệnh nhân là nhóm can thiệp (kết hợp can thiệp bằng liệu pháp nhận thức hành vi và liệu pháp hoá dược) và 30 bệnh nhân là nhóm chứng (can thiệp bằng liệu pháp hoá dược).

Tất cả các bệnh nhân trong 02 nhóm này đều điều trị bằng các loại thuốc tương tự nhau như sau: Fluoxetine 20mg, Stresam 50mg, Dogmatil 50mg, Magnesi

- B6 với liều lượng giống nhau cho từng đối tượng được xác định trầm cảm nhẹ, bình thường và nặng.

2.1.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Chúng tôi không chọn vào nhóm nghiên cứu những trường hợp sau:

- Những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Những bệnh nhân hiện đang ở giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần, giai đoạn trầm cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực, tiền sử mắc rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

2.1.3.3. Đặc điểm chung của khách thể nghiên cứu

Sau khi chia khách thể thành hai nhóm thực nghiệm và đối chứng, chúng tôi kiểm tra các đặc điểm của hai nhóm để đảm bảo hai nhóm khách thể tương đồng về các đặc điểm chung, bao gồm: độ tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức độ trầm cảm ban đầu.

* Độ tuổi của khách thể nghiên cứu

Khách thể tham gia nghiên cứu có tuổi từ 18 đến 65 tuổi được chia thành 5 nhóm tuổi sau:

Bảng 2.1. Khái quát về khách thể nghiên cứu theo độ tuổi

Độ tuổi \ Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng	
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
18 - 25	4	13,33	3	10,00
26 - 35	11	36,67	9	30,00
36 - 45	4	13,33	6	20,00
46 - 55	5	16,67	5	16,67
> 55	6	20,00	7	23,33
Tổng	30	100	30	100

Bảng 2.1 cho thấy tỉ lệ phân bố theo độ tuổi của 2 nhóm tương đối đồng đều. Không có chênh lệch nhiều về tỉ lệ bệnh nhân ở từng nhóm tuổi giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

Ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng, khách thể ở lứa tuổi thanh niên chiếm tỉ lệ lớn hơn hẳn khách thể ở lứa tuổi trung niên và người già. Số người ở độ tuổi 18-35 tuổi ở nhóm can thiệp là 49% và ở nhóm đối chứng là 40%, cho thấy mẫu nghiên cứu thiên về bệnh nhân trẻ. Điều này trùng khớp với xu hướng mắc các rối loạn sức khỏe tâm thần đang tăng dần ở người trẻ [8].

* Sự phân bố khách thể theo giới tính

Ở cả hai nhóm nghiên cứu, có tới hơn 70% bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm là nữ, chỉ có hơn 20% bệnh nhân là nam. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó đã chỉ ra tỉ lệ mắc trầm cảm ở nữ cao hơn nam [8].

Dù vậy, tỉ lệ bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng là tương đối cân bằng, đảm bảo sự đồng đều giữa hai nhóm.

Bảng 2.2. Khái quát về khách thể nghiên cứu theo giới tính

Giới tính \ Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng	
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
Nam	8	26,67	7	23,33
Nữ	22	73,33	23	76,67
Tổng	30	100	30	100

** Tình trạng hôn nhân của khách thể nghiên cứu*

Để thực hiện các nghiên cứu về áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi đối với các bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm, đề tài lựa chọn các đối tượng khách thể có tình trạng hôn nhân đa dạng từ còn độc thân, đã kết hôn, ly hôn, ly thân, ở góa... nhằm có cái nhìn tổng quan nhất về hiệu quả trong sử dụng các biện pháp trị liệu tâm lý đối với bệnh lý này.

Bảng 2.3. Khái quát về các khách thể nghiên cứu theo tình trạng hôn nhân

Hôn nhân \ Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng	
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
Độc thân	10	33,33	11	36,67
Kết hôn	15	50,00	14	46,67
Khác (ly hôn, ly thân, góa)	5	16,67	5	16,67
Tổng	30	100	30	100

Số lượng khách thể nghiên cứu ở cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng đều tập trung vào nhóm bệnh nhân đã kết hôn: 50% ở nhóm can thiệp và 46,67% ở nhóm đối chứng. Tỷ lệ bệnh nhân đã ly hôn, ly thân hay ở góa ít hơn hẳn các nhóm khác.

** Trình độ học vấn của khách thể nghiên cứu*

Hiện nay Bệnh viện Tâm thần Long An tiếp nhận nhiều các đối tượng mắc rối loạn trầm cảm ở toàn tỉnh và các địa phương lân cận nên trình độ học vấn của các đối tượng này rất đa dạng nhưng vẫn tập trung vào đối tượng có trình độ đại học, cao đẳng, cụ thể theo bảng 2.4 dưới đây:

Bảng 2.4. Khái quát về các khách thể nghiên cứu theo trình độ học vấn

Trình độ	Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
		N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
Trung học phổ thông		7	23,33	6	20,00
Trung cấp		8	26,67	10	33,33
Đại học, cao đẳng		13	43,33	11	36,67
Sau đại học		2	6,67	3	10,00
Tổng		30	100	30	100

Ngược lại, những người có trình độ thạc sĩ mắc rối loạn trầm cảm đang điều trị tại bệnh viện hiện nay chiếm tỷ lệ nhỏ tập trung vào các đối tượng có nghề nghiệp là giáo viên và bác sĩ.

** Đặc điểm nghề nghiệp của khách thể nghiên cứu*

Bảng 2.5. Khái quát các khách thể nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
		N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
Làm ruộng		8	26,67	8	26,67
Công nhân, nhân viên tại các doanh nghiệp		7	23,33	9	30,00
Sinh viên		2	6,67	3	10,00
Công chức, viên chức, nhân viên hợp đồng tại các cơ quan của Nhà nước		4	13,33	5	16,67
Nghề tự do		9	30,00	5	16,67
Tổng		30	100	30	100

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp làm nghề tự do là cao nhất với 30,00%, tiếp đến là làm ruộng với 26,67% và tỷ lệ thấp nhất là sinh viên với 6,67%. Đối với nhóm đối chứng thì các bệnh nhân làm công nhân tại các nhà máy, khu công nghiệp chiếm tỷ lệ cao với 30,00% và thấp nhất cũng vẫn là nhóm sinh viên với 10,00%.

** Mức độ trầm cảm ban đầu của khách thể nghiên cứu*

Để đánh giá mức độ trầm cảm ban đầu của khách thể nghiên cứu trước khi tiến hành thực nghiệm, chúng tôi sử dụng thang đo trầm cảm của Beck và đánh giá lâm sàng các triệu chứng trầm cảm.

Bệnh nhân rối loạn trầm cảm thường rất ngại giao tiếp kể cả với người thân và cũng lười vận động hơn bình thường. Họ thích im lặng và thu mình trong góc, nhìn về ngoài họ luôn buồn chán, và cô độc. Do mất hứng thú với cuộc sống và công việc, người trầm cảm hành động chậm chạp, biểu hiện mệt mỏi, tránh xa mọi hoạt động thậm chí cả việc vui chơi giải trí. Đối với người có rối loạn trầm cảm,

việc kiểm soát tâm trạng không còn quan trọng, họ dễ mắc cảm xúc cuốn đi nên dẫn đến dễ mất tập trung, luôn do dự khi đưa ra quyết định và xử lý tình huống. Kết hợp Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) của WHO, mới nhất là trong Hướng dẫn chẩn đoán và thông kê các rối loạn tâm thần lần thứ 5 (DSM-5), rối loạn trầm cảm được phân loại vào nhóm rối loạn cảm xúc (khí sắc). Chính vì vậy, chúng tôi đã thực hiện phỏng vấn, quan sát các bệnh nhân về các triệu chứng như trên cho thấy tỷ lệ xuất hiện của các triệu chứng trên các nhóm nghiên cứu cụ thể:

Bảng 2.6. Các triệu chứng trầm cảm của khách thể nghiên cứu trước khi điều trị

Nhóm Độ tuổi	Nhóm can thiệp		Nhóm đối chứng		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
(1) Tâm trạng buồn bã, chán nản	29	96,67	27	90,00	56	93,33
(2) Giảm hứng thú hay niềm vui trong gần như tất cả các hoạt động	17	56,67	15	50,00	32	53,33
(3) Giảm hay tăng cân một cách đáng kể mà không phụ thuộc vào chế độ ăn	18	60,00	18	60,00	36	60,00
(4) Mất ngủ hoặc ngủ quá mức	15	50,00	14	46,67	29	48,33
(5) Quá kích động hoặc quá chậm chạp	15	50,00	13	43,33	28	46,67
(6) Mệt mỏi hoặc mất năng lượng	28	93,33	23	76,67	51	85,00
(7) Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày	12	40,00	9	30,00	21	35,00
(8) Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán	27	90,00	27	90,00	54	90,00
(9) Suy nghĩ thường xuyên về cái chết, có ý định tự tử lặp đi lặp lại nhiều lần	25	83,33	23	76,67	48	80,00

Phân tích các dữ liệu tổng hợp từ bảng trên cho thấy, các triệu chứng *thường gặp* ở người trầm cảm là:

Triệu chứng (1) Tâm trạng buồn bã, chán nản như cả ngày với 96,67% ở nhóm can thiệp và 90,00% ở nhóm đối chứng

Triệu chứng (8) Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán với tỷ lệ 90% ở cả hai nhóm.

Ngược lại, các triệu chứng xuất hiện *ít gặp nhất* tại hai nhóm nghiên cứu là:

Triệu chứng (7) Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày với 40% ở nhóm can thiệp và 30% ở nhóm đối chứng.

Triệu chứng (5) Quá kích động hoặc quá chậm chạp với 50% ở nhóm can thiệp và 43,44% ở nhóm đối chứng.

Nhìn chung, xét về các triệu chứng lâm sàng, nhóm can thiệp và nhóm đối chứng có các triệu chứng giống nhau, sự khác biệt về mức độ triệu chứng ở hai nhóm là không nhiều.

Về đánh giá mức độ qua thang đo Beck, điểm trung bình của từng nhóm được thể hiện ở bảng 2.7.

Bảng 2.7. Điểm nghiệm pháp Beck của hai nhóm trước khi điều trị

	Nhóm can thiệp	Nhóm đối chứng
Điểm trung bình	27,0	27,3
Độ lệch chuẩn	0,82	1,12
Điểm Beck tối đa của nhóm	41,0	41,0
Điểm Beck tối thiểu của nhóm	15,0	15,0

Trước khi tiến hành can thiệp bằng liệu pháp nhận thức hành vi, đề tài sử dụng kết quả đánh giá mức độ trầm cảm của hai nhóm bệnh nhân thông qua thang đo Beck và các thông số của cả hai nhóm “đối chứng” và “can thiệp” là tương đồng, điều này sẽ giúp tác giả dễ dàng hơn trong việc đánh giá hiệu quả can thiệp nhóm bệnh nhân bằng biện pháp nhận thức hành vi.

** Đánh giá chung về khách thể nghiên cứu*

Thông kê đặc điểm của khách thể nghiên cứu theo độ tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp và mức độ mắc bệnh trầm cảm trước khi điều trị cho thấy khách thể nghiên cứu giữa nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng là tương đối tương đồng. Thông kê theo từng đặc điểm cũng cho thấy sự cân bằng nhất định giữa các nhóm đặc điểm (như các nhóm độ tuổi, các nhóm tình trạng hôn nhân, các nhóm nghề nghiệp), chỉ riêng giới tính thể hiện sự mất cân bằng nhất định. Như vậy, hai nhóm thực nghiệm và đối chứng là tương đối cân bằng về đặc điểm khách thể, phù hợp để tiến hành nghiên cứu thực nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu văn bản tài liệu

Mục đích: Tìm hiểu các tài liệu, lịch sử nghiên cứu vấn đề nhằm nắm bắt được phương pháp nghiên cứu đã được nghiên cứu trước để tránh trùng lặp, đồng thời cung cấp kiến thức để xây dựng cơ sở lý luận của đề tài.

Tiến trình thực hiện: Đọc tài liệu, phân tích nguồn, phân tích tác giả, phân tích nội dung và tổng hợp tài liệu.

2.2.2. Phương pháp thực nghiệm

Phương pháp thực nghiệm là phương pháp được sử dụng chính trong đề tài, làm nền tảng cho các phương pháp nghiên cứu thực tiễn khác.

Mục tiêu: Kiểm chứng hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi kết hợp với liệu pháp hóa dược trong điều trị trầm cảm so với liệu pháp hóa dược đơn thuần.

Giả thuyết thực nghiệm: Điều trị trầm cảm bằng liệu pháp nhận thức hành vi kết hợp với liệu pháp hóa dược sẽ cho hiệu quả cao hơn so với liệu pháp hóa dược đơn thuần

Cách triển khai:

- Trước khi tiến hành thực nghiệm:
- + Chọn mẫu để tiến hành thực nghiệm
- + Đánh giá mức độ trầm cảm ban đầu của bệnh nhân bằng thang đánh giá trầm cảm Beck.
- + Đánh giá các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân dựa vào ICD 10
- Tiến hành thực nghiệm:
- + Phân ngẫu nhiên bệnh nhân vào nhóm thực nghiệm và nhóm đối chứng.
- + Với nhóm thực nghiệm: Tiến hành liệu pháp nhận thức hành vi song song với sử dụng thuốc chống trầm cảm trong thời gian 8 tuần
- + Với nhóm đối chứng: Tiến hành điều trị bằng thuốc chống trầm cảm trong thời gian 8 tuần.
- + Sau lần gặp đầu tiên 4 tuần, thực hiện nghiệm pháp Beck trên cả 02 nhóm lần thứ hai.
- Sau khi tiến hành thực nghiệm:
- + Đánh giá mức độ trầm cảm đầu ra của bệnh nhân bằng thang đánh giá trầm cảm Beck
- + Đánh giá các triệu chứng lâm sàng sau khi trị liệu dựa vào ICD 10
- + Xác định những thay đổi của trước và sau khi thực nghiệm
- + Viết kết quả và giải thích nguyên nhân của sự thay đổi.

2.2.3. Phương pháp trắc nghiệm

Mục đích: Phương pháp trắc nghiệm là 1 trong 2 phương pháp chính để đánh giá mức độ trầm cảm của bệnh nhân trước và sau điều trị. Trắc nghiệm được sử dụng để sàng lọc ban đầu những bệnh nhân có rối loạn trầm cảm và đánh giá sự cải thiện của bệnh nhân sau mỗi lần trị liệu tâm lý.

Công cụ sử dụng:

Thang đo được sử dụng trong đề tài này là thang đo trầm cảm của Beck (Beck Depression Inventory - BDI) được tạo ra bởi Aaron T. Beck bản tiếng Việt. Thang đo được Việt hóa bởi Nguyễn Thơ Sinh (2010) và được sử dụng thông dụng tại các cơ sở khám chữa bệnh tâm thần trong cả nước. Thang đo trầm cảm của Beck gồm 21 mục, mỗi mục có từ 2 đến 4 mục nhỏ với các mức độ từ 0 đến 3. Nếu người trả lời đánh dấu nhiều mục nhỏ trong mục lớn thì chỉ lấy kết quả ở mục nhỏ có mức độ cao nhất.

Cách tính điểm:

Điểm tối đa của thang là 63.

- Dưới 14 điểm: Chưa ghi nhận triệu chứng trầm cảm
- Từ 14 đến 19 điểm: Trầm cảm giai đoạn nhẹ
- Từ 19 đến 29 điểm: Trầm cảm giai đoạn trung bình
- Trên 30 điểm: Trầm cảm giai đoạn nặng

2.2.4. Phương pháp nghiên cứu lâm sàng

Mục đích: Phương pháp nghiên cứu lâm sàng là 1 trong 2 phương pháp chính để đánh giá mức độ trầm cảm của bệnh nhân trước và sau điều trị.

Tiến trình thực hiện: Nhà trị liệu tiếp xúc, quan sát, nghiên cứu những biểu hiện bên ngoài của bệnh nhân (khí sắc, hành vi, cử chỉ, nét mặt, lời nói, dáng điệu...), khai thác các triệu chứng hiện thời của bệnh nhân, từ đó có thể đánh giá sơ bộ tình trạng của bệnh nhân, nhằm phục vụ cho quá trình trị liệu.

2.2.5. Phương pháp phỏng vấn sâu

Mục đích: Phương pháp này giúp chúng tôi khai thác:

- Tiền sử, bệnh sử và các thông tin liên quan đến bệnh nhân từ chính họ và từ gia đình cũng như những người liên hệ với họ.

- Thu thập thêm những thông tin, đặc điểm chung về rối loạn trầm cảm cũng như những đặc điểm của thân chủ từ các nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng đang công tác tại các khoa lâm sàng), làm sáng tỏ cho việc áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân có rối loạn trầm cảm.

Tiến trình thực hiện:

- Phỏng vấn bệnh nhân bằng cách sử dụng bảng phỏng vấn cấu trúc để hỏi sâu về vấn đề muốn tìm hiểu, hoặc khai thác thông tin qua trò chuyện dựa trên các hạng mục trong hồ sơ tâm lý. Bảng phỏng vấn cấu trúc được sử dụng là bảng phỏng vấn do tác giả xây dựng trên cơ sở thang đo trầm cảm của Beck (Phụ lục 1), gồm các nội dung chính là 21 tiêu chí của Nghiệm pháp Beck và dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn trầm cảm của ICD-10 và DSM-5.

- Phỏng vấn 04 bác sĩ và 04 điều dưỡng đang công tác tại các khoa lâm sàng thuộc BVTTLA bằng các câu hỏi liên quan đến rối loạn trầm cảm, đặc điểm bệnh nhân và nhận định của họ về việc áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi để điều trị rối loạn trầm cảm, cũng như mong muốn của họ khi chỉ định trị liệu tâm lý cho bệnh nhân có rối loạn trầm cảm.

2.2.6. Phương pháp nghiên cứu trường hợp điển hình

Mục đích: Đánh giá hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi trên từng bệnh nhân cụ thể.

Tiến trình thực hiện: Bên cạnh việc xác định mức độ trầm cảm của bệnh nhân theo trắc nghiệm Beck và qua nghiên cứu lâm sàng, nhà trị liệu cũng tìm hiểu đặc điểm gia đình, tình trạng hôn nhân, học vấn... của bệnh nhân để cung cấp thêm thông tin trong quá trình điều trị. Theo dõi sát sao và toàn diện về trường hợp nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu. Phân tích sự thay đổi tâm lý của bệnh nhân trong quá trình điều trị và đánh giá tác động của các yếu tố liên quan.

2.2.7. Phương pháp thống kê toán học

Mục đích: Xử lý, phân tích và đánh giá kết quả nghiên cứu; So sánh mức độ, triệu chứng và hiệu quả của quá trình điều trị giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

Tiến trình triển khai: Sau khi kết thúc thực nghiệm, dữ liệu được nhập vào và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.

2.3. Mô tả quá trình áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi ở bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp

2.3.1. Nhà trị liệu hướng dẫn bệnh nhân tìm hiểu về rối loạn trầm cảm

Mục tiêu: Xây dựng mối quan hệ giữa bệnh nhân và nhà trị liệu; Giảm bớt tình trạng trầm cảm của bệnh nhân; Hiểu được đầy đủ rối loạn trầm cảm; Bệnh nhân tự chọn phương pháp trị liệu; Tạo được sự cam kết tham gia trị liệu

Vai trò của việc tìm hiểu trầm cảm trong trị liệu nhận thức hành vi: Giúp bệnh nhân hiểu được ý nghĩa của phản ứng trầm cảm trong đời sống hàng ngày;

Hiểu được quan niệm của bệnh nhân về rối loạn trầm cảm, đặc biệt là quan niệm không phù hợp của bệnh nhân về rối loạn trầm cảm mà mình đang mắc phải; Thay đổi các quan điểm không phù hợp của bệnh nhân về rối loạn trầm cảm; Cung cấp thông tin về rối loạn trầm cảm cho bệnh nhân; Giúp bệnh nhân có cái nhìn thích hợp về rối loạn trầm cảm từ đó chấp nhận và cam kết trị liệu.

Phương pháp tiến hành:

Nhà trị liệu cùng với bệnh nhân thực hiện các chủ đề, trong mỗi chủ đề thực hiện các bước sau:

- Hỏi quan điểm của bệnh nhân về một chủ đề
- Phản hồi: phản hồi nội dung và phản hồi cảm xúc
- Nếu có các suy nghĩ không phù hợp, nhà trị liệu sẽ tìm cách điều chỉnh suy nghĩ đó (chú ý không tranh cãi, không chỉ trích các suy nghĩ không phù hợp của bệnh nhân và tôn trọng suy nghĩ của bệnh nhân mặc dù các suy nghĩ của bệnh nhân không thực tế...)

- Cung cấp thông tin về chủ đề đó.

- Đánh giá các suy nghĩ của bệnh nhân về chủ đề đó sau khi giáo dục tâm lý.

2.3.2. Đánh giá bệnh nhân trong hoàn cảnh hiện tại

Các thông tin và ấn tượng ban đầu: Các thông tin được cung cấp bởi nhân viên y tế; Khi gặp bệnh nhân sẽ có ấn tượng ban đầu: Đây là yếu tố quan trọng trong quá trình đánh giá bệnh nhân.

Phỏng vấn sâu: Tìm hiểu về tiền sử, hoàn cảnh... của bệnh nhân.

Danh sách các vấn đề của bệnh nhân: Đưa ra các vấn đề bởi các từ riêng của bệnh nhân; Nếu không rõ ràng thì cần chỉnh sửa lại; Làm cho bệnh nhân thấy rõ vấn đề của mình.

Đưa ra danh sách cảm xúc có vấn đề: Vấn đề cảm xúc của bệnh nhân có thể được đề cập trong danh sách các vấn đề của bệnh nhân. Danh sách cảm xúc có vấn đề giúp nhà trị liệu và bệnh nhân nhìn nhận rõ hơn các cảm xúc của bệnh nhân và từ đó xác định được mục tiêu trị liệu.

Đánh giá tâm trạng nhanh: Hướng dẫn bệnh nhân cách đánh giá tâm trạng nhanh. Có 9 mức độ, từ 1 đến 9. Mức 1 là tâm trạng tồi tệ nhất, mức 5 là trung bình, mức 9 là tâm trạng tốt nhất. Bệnh nhân tự đánh giá và xác định tâm trạng của mình.

Xác định mục tiêu trị liệu: Bệnh nhân và nhà trị liệu có thể chia sẻ ý tưởng về mục tiêu của trị liệu, qua việc hỏi mục tiêu trị liệu nhà trị liệu có thể xác định: Các vấn đề của bệnh nhân; Niềm tin không lành mạnh; Cản trở của trị liệu.

2.3.3. Tái cấu trúc nhận thức

Mục tiêu: Giúp bệnh nhân hiểu được rằng chính niềm tin không hợp lý làm cho cảm xúc của họ buồn, trầm và cần phải tranh luận để thay đổi niềm tin hợp lý hơn, từ đó vượt qua trầm cảm.

Tiến trình thực hiện: Nhà trị liệu giới thiệu bệnh nhân nguyên lý tái cấu trúc nhận thức; nhà trị liệu hướng dẫn bệnh nhân cách tìm sự kiện và niềm tin; nhà trị liệu hướng dẫn bệnh nhân tranh luận với những suy nghĩ không hợp lý và hình thành suy nghĩ mới.

2.3.4. Hoạt hóa hành vi

Mục tiêu: Giúp bệnh nhân nhận thức tầm quan trọng của hoạt động, bệnh nhân tham gia vào các hoạt động, lên lịch trình hoạt động để vượt qua trầm cảm.

Tiến trình thực hiện: Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các hoạt động có ích để cải thiện tâm trạng; Hướng dẫn bệnh nhân cách tiến hành các hoạt động mới; Hướng dẫn bệnh nhân vượt qua trở ngại để thực hiện các hoạt động có lợi cho sức khỏe; Hướng dẫn bệnh nhân cách cân bằng các hoạt động.

2.3.5. Kỹ thuật thư giãn

Ý nghĩa thư giãn: Thư giãn là phương pháp hành vi giúp con người chú tâm vào điều hòa nhịp thở, giãn các cơ bắp mang lại cảm giác dễ chịu, tinh thần thư thái, thoải mái; Thư giãn giúp ta chấp nhận những cảm xúc tiêu cực, những căng thẳng thường gặp trong cuộc sống.

Nguyên tắc tập thư giãn: Nơi tập thoáng, yên tĩnh, không có kích thích gây mất tập trung; Giọng đọc chậm, dễ nghe, có thể sử dụng băng ghi âm; Nếu có nhạc thì dùng nhạc không lời, nhẹ nhàng; Tập vào giờ cố định trong ngày; Thời gian tập tăng dần.

Chuẩn bị tư thế: Nhà trị liệu thảo luận với bệnh nhân tư thế làm cho bệnh nhân thoải mái để thở sao cho: thuận tiện cho việc thở, việc giãn cơ và bệnh nhân cảm thấy dễ chịu.

Những bài tập thư giãn được dùng trong quá trình trị liệu

Bài thư giãn 1

Nội dung: nhà trị liệu hướng dẫn bệnh nhân

- * Nhắm mắt lại
- * Thả lỏng toàn thân
- * Thở đều: chậm - đều
- * Cảm nhận được luồng không khí vào cơ thể:

Hít vào: khí qua mũi vào họng xuống bụng

Thở ra: khí từ bụng đi lên qua họng ra mũi

Bài thư giãn 2

Nội dung: tương tự như bài thư giãn 1 nhưng chú tâm vào sự di chuyển của bụng:

* Khi luôn khí đi vào thì bụng căng lên

* Khi luôn khí đi ra thì bụng xẹp xuống

Bài thư giãn 3

Nội dung: Tương tự như bài thư giãn 2 nhưng chú ý đến sự hài hòa giữa giãn cơ - hơi thở - vận động của bụng - ý chí:

* Khi luôn khí đi vào, bụng căng lên tưởng tượng chữ “Toàn”

* Khi luôn khí đi ra bụng xẹp xuống tưởng tượng chữ “Thân”

* Khi luôn khí đi vào, bụng căng lên tưởng tượng chữ “Yên”

* Khi luôn khí đi ra bụng xẹp xuống tưởng tượng chữ “Tĩnh”

2.3.6. Kế hoạch tương lai

Mục đích: Tạo lòng tự tin cho bệnh nhân; Xác định các tình huống nguy cơ cao và hướng dẫn bệnh nhân biết cách để vượt qua; Định hướng tương lai.

Tiến trình thực hiện: Cùng cố lòng tự tin cho bệnh nhân; Xác định tình huống nguy cơ cao và cách vượt qua; Định hướng tương lai.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện tại BVTTLA, đã được hội đồng đạo đức của bệnh viện thông qua. Nghiên cứu có sự đồng ý của bệnh nhân và bệnh nhân được giải thích rõ ràng về phương pháp nghiên cứu, kỹ thuật trị liệu. Bệnh nhân có thể ngừng quá trình trị liệu vào bất cứ thời điểm nào.

Trước khi bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chúng tôi cam kết với bệnh nhân là mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được đảm bảo bí mật tuyệt đối, chỉ công bố khi có sự đồng ý của bệnh nhân.

Tiểu kết chương 2

Như vậy trong chương 2 chúng tôi đã đề cập đến địa điểm nghiên cứu và cách thức chọn mẫu nghiên cứu. Quy trình tổ chức nghiên cứu với từng giai đoạn cụ thể, sử dụng kết hợp các phương pháp nghiên cứu như: phương pháp tài liệu, pháp nghiên cứu quan sát, phương pháp phỏng vấn sâu, phương pháp nghiên cứu trường hợp ca và phương pháp nghiên cứu thực nghiệm. Quy trình nghiên cứu đảm bảo khoa học, khách quan, cung cấp dữ liệu đáng tin cậy cho nghiên cứu.

Chương 3

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC - HÀNH VI TRONG TRỊ LIỆU TÂM LÝ CHO BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CẢM XÚC Ở BỆNH VIỆN TÂM THẦN LONG AN

3.1. Hiệu quả sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm tại Bệnh viện Tâm thần Long An

Để đánh giá hiệu quả của việc sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm tại BVTTLA, chúng tôi đánh giá sự thay đổi về mức độ trầm cảm của bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp và nhóm đối chứng theo 3 mốc thời gian sau:

T1: Trước khi tiến hành điều trị

T2: 4 tuần từ ngày đầu tiên tham gia điều trị

T3: 8 tuần từ ngày đầu tiên tham gia điều trị

Với mỗi bệnh nhân, mức độ trầm cảm được đánh giá qua điểm trên thang đo trầm cảm Beck và đánh giá của nhà trị liệu về các triệu chứng lâm sàng của trầm cảm.

3.1.1. Sự thay đổi về triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân rối loạn trầm cảm ở Bệnh viện Tâm thần Long An

Bảng 3.1. Sự thay đổi các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trầm cảm qua 4 tuần

Triệu chứng	Nhóm can thiệp			Nhóm đối chứng		
	Tỷ lệ BN có biểu hiện ở T1 (%)	Tỷ lệ BN có biểu hiện ở T2 (%)	T2-T1	Tỷ lệ BN có biểu hiện ở T1 (%)	Tỷ lệ BN có biểu hiện ở T2 (%)	T2-T1
1	96,67	64,44	-32,23	90,00	83,33	-6,67
2	56,67	43,33	-13,34	50,00	43,33	-6,67
3	60,00	30,00	-30,00	60,00	46,67	-13,33
4	50,00	30,00	-20,00	46,67	30,00	-16,67
5	50,00	26,67	-23,33	43,33	30,00	-13,33
6	93,33	46,67	-46,66	76,67	60,00	-16,67
7	40,00	23,33	-16,67	30,00	30,00	0
8	90,00	53,33	-36,67	90,00	86,67	-3,33
9	83,33	46,67	-36,66	76,67	60,00	-16,67

Trong đó: 1- Tâm trạng buồn bã, chán nản; 2- Giảm hứng thú hay niềm vui trong gần như tất cả các hoạt động; 3- Giảm hay tăng cân một cách đáng kể mà

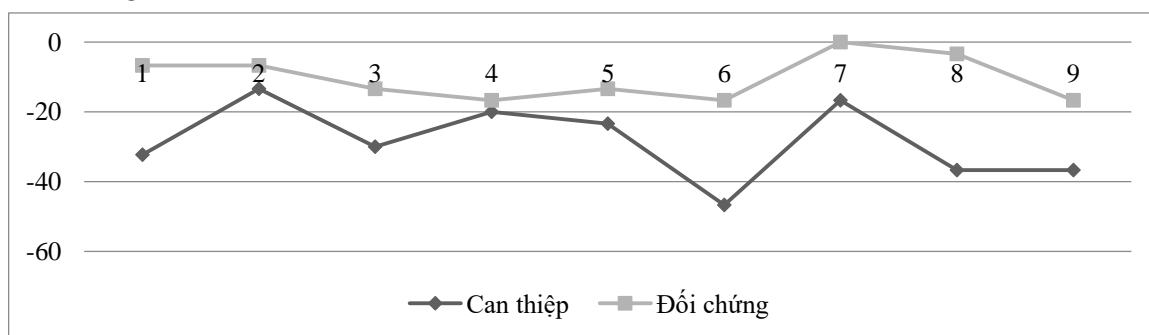
không phụ thuộc vào chế độ ăn; 4- Mất ngủ hoặc ngủ quá mức; 5- Quá kích động hoặc quá chậm chạp; 6- Mệt mỏi hoặc mất năng lượng; 7- Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày; 8- Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán; 9- Suy nghĩ thường xuyên về cái chết, có ý định tự tử lặp đi lặp lại nhiều lần.

Sự thay đổi của nhóm can thiệp theo chiều hướng tích cực khi các triệu chứng của bệnh trầm cảm sau khi được các Nhà trị liệu triển khai liệu pháp nhận thức hành vi, cụ thể: (1) Tâm trạng buồn bã, chán nản như cả ngày có sự thay đổi là từ lần thứ nhất là 96,67% xuống còn có 64,44% tức là giảm 32,23%; (6) Mệt mỏi hoặc mất năng lượng từ 93,33% xuống còn có 46,67% tức là giảm 46,66%... đây rõ ràng là tín hiệu tích cực trong việc sử dụng liệu pháp hành vi trong điều trị các bệnh về trầm cảm. Ngược lại, có một xu hướng giảm rất chậm trong việc xác định các triệu chứng của bệnh trầm cảm đối với thân chủ ở nhóm đối chứng cụ thể: (7) Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày không có xu hướng giảm; (8) Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán giảm từ 90,00% xuống 86,67%; (2) Giảm hứng thú hay niềm vui trong gần như tất cả các hoạt động từ 50,00% xuống 43,33%... Kết quả trên thể hiện xu hướng tích cực khi cả hai nhóm được điều trị bằng hóa dược (nhóm đối chứng) và điều trị kết hợp liệu pháp nhận thức hành vi và hóa dược (nhóm can thiệp), tuy nhiên xu hướng thay đổi ở nhóm can thiệp có biên độ rộng hơn nhóm đối chứng. Kết quả này đã phản ánh tương đối đầy đủ các xu hướng trong bước đầu áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị bệnh trầm cảm.

Sau 4 tuần áp dụng liệu pháp tâm lý, các bệnh nhân đã dần hiểu rõ hơn và nắm bắt được các thông tin về bệnh tật của mình, biết được nguyên nhân của các triệu chứng xuất hiện ở bản thân thời gian qua... bệnh nhân biết được liệu pháp nhận thức hành vi có tác dụng như thế nào đối với các hoạt động, mối quan hệ giữa hoạt động và tâm trạng của bệnh nhân, bệnh nhân còn biết cách vượt qua được những vấn đề của bản thân nhằm nhanh chóng có thể trở lại như bình thường, để hòa nhập vào cuộc sống nhằm có thể tham gia vào các những hoạt động phù hợp, tham gia những hoạt động trí óc và hoạt động thể dục, thể thao hàng ngày. Chính vì vậy, sau mỗi buổi tham gia các hoạt động do Nhà trị liệu và các cộng tác viên, bác sĩ tại Bệnh viện Tâm thần Long An triển khai, bệnh nhân sẽ có những suy nghĩ tích cực hơn, trạng thái tâm lý phấn chấn hơn, như vậy các triệu chứng về trầm cảm dần

dần giảm đi, so với nhóm đối chứng những người chỉ sử dụng thuốc chống trầm cảm đơn thuần.

Dựa trên số liệu trình bày ở bảng 3.1, tổng kết mức độ thay đổi tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trầm cảm ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng thể hiện trong biểu đồ 3.1 sau:



Biểu đồ 3.1. Sự thay đổi về tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm sau 04 tuần điều trị

Trong đó: 1- Tâm trạng buồn bã, chán nản; 2- Giảm hứng thú hay niềm vui trong gần như tất cả các hoạt động; 3- Giảm hay tăng cân một cách đáng kể mà không phụ thuộc vào chế độ ăn; 4- Mất ngủ hoặc ngủ quá mức; 5- Quá kích động hoặc quá chậm chạp; 6- Mệt mỏi hoặc mất năng lượng; 7- Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày; 8- Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán; 9- Suy nghĩ thường xuyên về cái chết, có ý định tự tử lặp đi lặp lại nhiều lần.

Biểu đồ 3.1 mô tả sự thay đổi về tần suất xuất hiện triệu chứng lâm sàng của rối loạn trầm cảm ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng sau 04 tuần điều trị. Trực tiếp thể hiện 9 triệu chứng lâm sàng của trầm cảm được nghiên cứu. Trực tiếp thể hiện tần suất xuất hiện triệu chứng (%) ở thời điểm 4 tuần (T2-T1). Điểm phần trăm càng thấp cho thấy sự thay đổi ở triệu chứng đó càng nhiều.

Dựa vào biểu đồ 3.1 có nhận thấy sự thay đổi rất lớn đối với từng triệu chứng sau 04 tuần điều trị của cả 02 nhóm. Nhóm can thiệp thay đổi nhiều hơn rõ rệt ở cả 9 triệu chứng so với nhóm đối chứng, cho thấy sự ưu việt hơn hẳn của việc kết hợp liệu pháp nhận thức hành vi với điều trị hóa dược trong điều trị rối loạn trầm cảm.

Khi xem xét cụ thể từng triệu chứng, chúng tôi tìm ra một số kết quả thú vị. Nhóm can thiệp thay đổi rõ rệt ở các triệu chứng (1)-tâm trạng buồn bã, chán nản, (6)-mệt mỏi hoặc mất năng lượng, (8)-giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán và (9)-suy nghĩ thường xuyên về cái chết, có ý định tự tử lặp đi lặp lại

hiều lần. Đây là các triệu chứng liên quan nhiều đến biểu hiện tâm lý của trầm cảm. Trong khi đó, nhóm đối chứng thay đổi ít ở các triệu chứng này.

Nhóm đối chứng thay đổi rõ rệt nhất ở các triệu chứng (3)-giảm hay tăng cân một cách đáng kể mà không phụ thuộc vào chế độ ăn, (4)-mất ngủ hoặc ngủ quá mức, và (5)-quá kích động hoặc quá chậm chạp. Các triệu chứng này liên quan nhiều đến biểu hiện sinh lý – cơ thể của trầm cảm.

Như vậy, sự biến động của hai nhóm sau 04 tuần điều trị cho thấy tác động tích cực của liệu pháp nhận thức hành vi vào các biểu hiện tâm lý của trầm cảm, trong khi điều trị hóa dược tác động nhiều hơn vào các triệu chứng sinh lý - cơ thể của bệnh nhân.

Bảng 3.2. Sự thay đổi các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trầm cảm qua 8 tuần

Triệu chứng	Nhóm can thiệp			Nhóm đối chứng		
	Tỷ lệ BN có biểu hiện ở T1 (%)	Tỷ lệ BN có biểu hiện ở T3 (%)	T3-T1	Tỷ lệ BN có biểu hiện ở T1 (%)	Tỷ lệ BN có biểu hiện ở T3 (%)	T3-T1
1	96,67	43,33	-53,54	90,00	65,56	-24,44
2	56,67	30,00	-26,67	50,00	36,67	-13,33
3	60,00	16,67	-40,00	60,00	43,33	-16,67
4	50,00	18,89	-31,11	46,67	23,33	-23,34
5	50,00	16,67	-33,33	43,33	18,89	-24,44
6	93,33	23,33	-70,00	76,67	43,33	-33,34
7	40,00	18,89	-21,11	30,00	21,11	-8,89
8	90,00	26,67	-63,33	90,00	73,33	-16,67
9	83,33	33,33	-50,00	76,67	53,33	-23,34

Trong đó: 1- Tâm trạng buồn bã, chán nản; 2- Giảm hứng thú hay niềm vui trong gần như tất cả các hoạt động; 3- Giảm hay tăng cân một cách đáng kể mà không phụ thuộc vào chế độ ăn; 4- Mất ngủ hoặc ngủ quá mức; 5- Quá kích động hoặc quá chậm chạp; 6- Mệt mỏi hoặc mất năng lượng; 7- Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày; 8- Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán; 9- Suy nghĩ thường xuyên về cái chết, có ý định tự tử lặp đi lặp lại nhiều lần.

Sau 8 tuần, nhóm can thiệp thay đổi theo chiều hướng tích cực khi các triệu chứng trầm cảm giảm rõ rệt, cụ thể: (1) Tâm trạng buồn bã, chán nản như cả ngày có sự thay đổi là từ lần thứ nhất là 96,67% xuống còn có 43,33% với mức giảm là

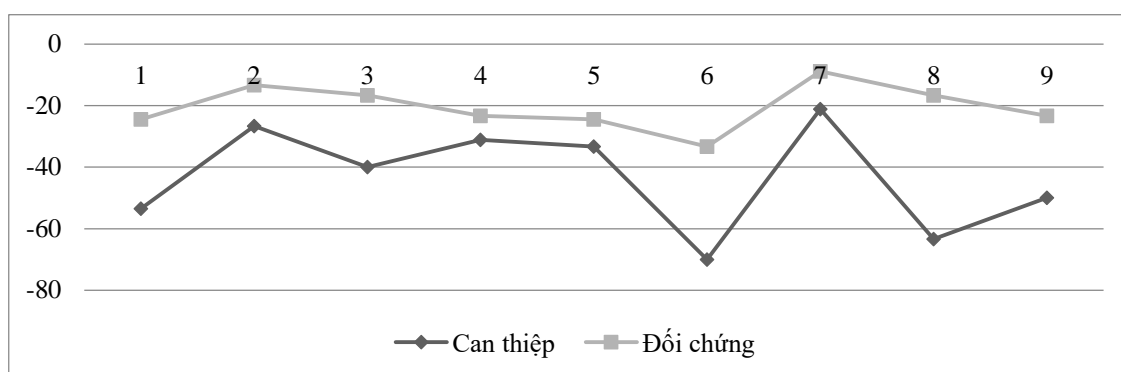
53,54%; (6) Mệt mỏi hoặc mất năng lượng từ 93,33% xuống còn có 23,33%, giảm đến 70% so với trước khi điều trị... đây rõ ràng là tín hiệu tích cực trong việc sử dụng liệu pháp hành vi trong điều trị trầm cảm. Ngược lại, có một xu hướng giảm rất chậm trong việc xác định các triệu chứng của bệnh trầm cảm đối với thân chủ ở nhóm đối chứng cụ thể: (7) Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày giảm 8,89%; (8) Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán giảm từ 90,00% xuống 73,33%, tức là giảm 16,67%; (2) Giảm hứng thú hay niềm vui trong gần như tất cả các hoạt động từ 50,00% xuống 36,67%... Rõ ràng, sau 08 tuần điều trị kết hợp liệu pháp nhận thức hành vi, các bệnh nhân ở nhóm can thiệp có kết quả tốt hơn nhóm đối chứng, tuy nhiên xu hướng tích cực vẫn thể hiện rõ trong cả hai nhóm điều trị. Kết quả này đã phản ánh tương đối đầy đủ các xu hướng trong bước đầu áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn trầm cảm.

Biểu đồ 3.2 mô tả sự thay đổi về tần suất xuất hiện triệu chứng lâm sàng của rối loạn trầm cảm ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng sau 08 tuần điều trị. Tương tự như biểu đồ 3.1, trục ngang thể hiện 9 triệu chứng lâm sàng của trầm cảm được nghiên cứu. Trục dọc thể hiện tần suất xuất hiện triệu chứng (%) ở thời điểm 8 tuần (T3-T1). Điểm phần trăm càng thấp cho thấy sự thay đổi ở triệu chứng đó càng nhiều.

Sau 8 tuần, các triệu chứng ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng đều giảm so với thời điểm 4 tuần, nhưng nhóm can thiệp giảm rõ rệt hơn hẳn so với nhóm đối chứng. Kết quả này khẳng định rõ rệt hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị trầm cảm.

Tương tự như ở giai đoạn 4 tuần, các triệu chứng thay đổi rõ rệt nhất ở nhóm can thiệp là các triệu chứng liên quan đến tâm lý như triệu chứng (1), (6), (8), (9). Các triệu chứng thay đổi rõ rệt nhất ở nhóm đối chứng là (4), (5), (6) thiên về triệu chứng sinh lý – cơ thể.

Tần suất xuất hiện các triệu chứng đều có giảm ở hai nhóm, nhưng ở nhóm đối chứng mức độ triệu chứng giảm rất ít. Có nhiều lý do khiến cho các triệu chứng trầm cảm giảm ít, vì trong quá trình điều trị do những yếu tố chủ quan và khách quan mang lại. Bệnh nhân không tuân thủ phác đồ điều trị, tự ý cắt giảm liều lượng thuốc, uống không đủ liều, không đủ đợt điều trị. Đa số bệnh nhân khi chỉ mới uống được một đợt thuốc (1 đơn thuốc - 2 tuần điều trị), thấy các triệu chứng ban đầu có giảm, vội vàng ngưng thuốc. Sợ các tác dụng phụ của thuốc mang lại như nổi mụn, nóng trong người, gan, thận phải làm việc nhiều... Vì vậy, sự ngưng thuốc đột ngột khiến giảm sự hấp thu thuốc, ngưng giảm các triệu chứng và có thể dẫn đến tình trạng lờn thuốc.



Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi về tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm sau 08 tuần điều trị

Trong đó: 1- Tâm trạng buồn bã, chán nản; 2- Giảm hứng thú hay niềm vui trong gần như tất cả các hoạt động; 3- Giảm hay tăng cân một cách đáng kể mà không phụ thuộc vào chế độ ăn; 4- Mất ngủ hoặc ngủ quá mức; 5- Quá kích động hoặc quá chậm chạp; 6- Mệt mỏi hoặc mất năng lượng; 7- Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày; 8- Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán; 9- Suy nghĩ thường xuyên về cái chết, có ý định tự tử lặp đi lặp lại nhiều lần.

Sau 08 tuần điều trị với liệu pháp nhận thức hành vi kết hợp với thuốc, tỉ lệ có sự khác biệt như vậy là do bệnh nhân được huấn luyện và hướng dẫn các bài tập về nhà thực hành liệu pháp nhận thức hành vi. Với sự hiểu biết và nhận thức về các hoạt động có lợi cho tâm trạng bệnh nhân, hiểu về mối liên hệ giữa hoạt động và trầm cảm, hiểu về các hoạt động có lợi cho sức khỏe trước đây, những hoạt động mới, bệnh nhân sẽ hướng tới và làm theo, dưới sự hướng dẫn của nhà trị liệu. Đặc biệt bệnh nhân còn nhận biết làm sao để vượt qua trở ngại, trong quá trình thực hành những bài tập mới, những hoạt động có ích mới cuối cùng tự tin vượt qua được trầm cảm. Vì vậy, bệnh nhân có sự tiến bộ ngày một tăng lên đối với trầm cảm.

3.1.2. Sự thay đổi về điểm thang đo trầm cảm của Beck của bệnh nhân rối loạn trầm cảm ở Bệnh viện Tâm thần Long An

Bảng 3.3. Sự thay đổi điểm thang đo trầm cảm của Beck qua 04 tuần ở hai nhóm

Triệu chứng	Nhóm can thiệp					Nhóm đối chứng				
	M _{T1}	M _{T2}	M _{dCT} = M _{T2} - M _{T1}	t	p	M _{T1}	M _{T2}	M _{dĐC} = M _{T2} - M _{T1}	t	p
Điểm Beck	27,0	19,8	-7,2	3.102	0.003	27,3	25,9	-1,4	1.89 2	0.02 4
So sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng: M _{dCT} - M _{dĐC} = 5.8; t = 1.076, p = 0.0112 (<0,05)										

Khi so sánh sự thay đổi điểm số của nghiệm pháp Beck trung bình giữa lần đầu tiên và sau 4 tuần điều trị đối với các bệnh nhân tại BVTTLA, tác giả nhận thấy giá trị thay đổi trung bình của nhóm can thiệp là -7,2 và nhóm đối chứng là -1,4, điều này cho thấy hiệu quả điều rối loạn trị trầm cảm bằng liệu pháp nhận thức hành vi của nhóm can thiệp khi sử dụng kết hợp với thuốc điều trị trầm cảm. Trong khi đó nhóm chứng thay đổi có giá trị thấp hơn khi đối tượng này chỉ sử dụng thuốc để điều trị trầm cảm, kết quả này được kiểm định với p-value đều nhỏ hơn 0.05.

Bảng 3.4. Sự thay đổi điểm thang đo trầm cảm của Beck qua 8 tuần ở hai nhóm

Triệu chứng	Nhóm can thiệp					Nhóm đối chứng				
	M_{T1}	M_{T3}	$Md_{CT} = M_{T2} - M_{T1}$	t	p	M_{T1}	M_{T3}	$Md_{DC} = M_{T2} - M_{T1}$	t	p
Điểm Beck	27,0	14,2	-12,8	2.182	0.033	27,3	19,7	-7,6	1.382	0.008
So sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng: $Md_{CT} - Md_{DC} = 5.2, t = 1.776, p = 0.006 (<0,05)$										

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Nhóm can thiệp tiếp tục có sự thay đổi điểm trung bình cao hơn nhóm đối chứng. Cụ thể là từ 27,0 xuống 14,2 và độ lệch chuẩn lần lượt là 0.82 và 1.02. Đối với thay đổi của nhóm đối chứng có sự biến động nhẹ từ 27,3 xuống 19,7. Điều này một lần nữa xác nhận kết quả của liệu pháp nhận thức hành vi có tác động lên bệnh nhân trầm cảm rất lớn và cần được nghiêm túc triển khai phù hợp với hoàn cảnh của từng khu vực và địa phương.

3.2. Nghiên cứu trường hợp điển hình bệnh nhân trầm cảm được trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức hành vi

Để đánh giá chính xác hơn hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị cho bệnh nhân trầm cảm, chúng tôi sử dụng phân tích trường hợp điển hình của 1 bệnh nhân (đây là bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp). Việc nghiên cứu trường hợp điển hình của bệnh nhân này cho phép đánh giá cụ thể hơn hiệu quả của việc sử dụng các kỹ thuật đặc trưng của liệu pháp nhận thức hành vi như kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức và hoạt hóa hành vi vào trị liệu cho bệnh nhân trầm cảm.

3.3.1. Đánh giá thông tin ban đầu của bệnh nhân

Họ và tên: N.T.T

Tuổi: 28

Giới tính: Nữ

Nghề nghiệp: Giảng viên

Ngày làm đánh giá: 10/09/2019

Nhà trị liệu: Đỗ Hoàng Phúc

* *Vấn đề hiện tại:*

Trong buổi đánh giá:

N.T.T nói rằng: cô ấy không thể tiếp tục đi dạy nữa, cô ấy rất buồn chán mà không thể tìm cách nào để thoát ra khỏi sự buồn chán đó. Lý do T không đi dạy nữa là vì những sinh viên học môn của cô ấy có điểm số rất thấp và cô cho rằng đó là lỗi của cô vì cô đã không dạy tốt, không có phương pháp truyền đạt nên học sinh không hiểu và bị điểm thấp như vậy. Hơn nữa, cô được nhà trường giao rất nhiều việc ngoài việc giảng dạy, nhiều lúc cô thấy choáng ngợp, áp lực và muốn tránh né những công việc đó.

T kể rằng, trước đây cô ấy là một người năng động, vui vẻ và yêu đời, cô ấy thường tham gia các hoạt động xã hội. Cô ấy rất tâm huyết với nghề và muốn truyền đạt hết tất cả những gì mình có cho sinh viên. Nhưng giờ đây, cô ấy bảo mình thật là ngu dốt, không xứng đáng làm một giảng. Cô thấy tội lỗi khi cứ tiếp tục đứng giảng những điều mà sinh viên không hiểu được. Nhiều lúc cảm giác tội lỗi cứ đeo bám cô mãi, mà có lúc cô muốn chết để chấm dứt cảm giác đó nhưng vì còn gia đình nên cô không thể chết được.

Cô ấy nói rằng, ba mẹ mình không chấp nhận để mình nghĩ làm vì họ cho rằng cô ấy là một giảng viên giỏi và hiện tại cô đi dạy là theo sự gượng ép của ba mẹ. Nhiều lúc không cảm thấy không có năng lượng để làm mọi việc, cô muốn làm một việc gì đó nhưng cũng rất khó khăn vì cứ uể oải, mệt mỏi và cảm giác không đủ sức để làm. Đến trường, cô ấy không toàn tâm toàn ý để tập trung giảng bài mà bị phân tán bởi cảm giác thật xấu hổ tội lỗi khi đứng ở bục giảng, điều đó làm T không thể tiếp tục công việc của mình mà phải bỏ giữa chừng khi chưa hết tiết. Ở nhà cô ấy không thể phụ giúp mẹ nấu nướng, làm việc nhà, bài thi của sinh viên trước đây cô chấm rất nhanh nhưng bây giờ cô ấy không muốn chấm và chấm rất lâu.

Trước đây, T là một người hòa đồng và vui vẻ nên có rất nhiều bạn bè nhưng giờ cô ấy rất sợ phải gặp mọi người, cô ấy cũng không muốn bạn bè hay họ hàng đến thăm cô khi cô ốm đau như vậy. Mọi giao tiếp đều bị cô cắt đứt, cô không dùng điện thoại, không muốn trả lời mail và cũng không muốn chuyện trò với ai. Nguyên do cô ấy không muốn trả lời mail hay điện thoại vì cô đã từng bị nhiều số máy lạ nháy máy điện thoại mà cô cho rằng số lạ đó là của sinh viên, họ ghét cô vì cô giảng bài tệ và cho họ điểm thấp nên nháy máy trả thù.

Cô ấy rất khó khăn khi đi ra khỏi nhà, cảm giác thấy mình cô độc ở giữa đám đông bạn bè, cô ấy không tìm thấy sự thích thú khi đi chơi cùng bạn bè nữa. Thịnh thoảng mẹ động viên thì cũng hay cùng mẹ đi chợ nhưng nhiều lúc đi một đoạn lại muốn quay trở về. Khi đến gặp NTL ở bệnh viện T rất sợ hãi và ngại ngùng. T bảo muốn trị liệu để nhanh khỏi để trở lại cuộc sống bình thường.

** Tiền sử bệnh nhân:*

T là con cả trong một gia đình có hai chị em gái, sống cùng với ba mẹ. Ba mẹ T đều là cán bộ nhà nước và giữ chức vụ cao trong cơ quan. Hiện T đang tạm nghỉ dạy ở trường.

Mẹ T bảo rằng, từ nhỏ T là một đứa con rất ngoan, học giỏi và luôn luôn nghe lời mẹ, mẹ T luôn tự hào về những thành tích mà T đạt được. Từ nhỏ đến lớn, T luôn sống trong sự bao bọc của mẹ. Mẹ T là người định hướng cho T phải làm mọi việc theo ý của bà. T chưa bao giờ làm trái ý bà.

T bảo rằng, từ nhỏ mẹ đã chọn trường cho T học, chọn bạn cho T chơi. Tất cả những gì T làm đều phải được mẹ quản lý và kiểm soát chặt chẽ. Nhiều sở thích, sự đam mê của T đã phải từ bỏ vì mẹ T không thích T làm những việc đó.

Năm học lớp 6, trong một lần các bạn cùng lớp được cô giáo cho đi cắm trại ở biển nhưng vì mẹ T cho đó là những trò vô ích và gây nguy hiểm nên không cho T đi. Nhìn bạn bè vui vẻ chuẩn bị cho chuyến đi cắm trại mà T rất buồn bã, T và cô giáo đã năn nỉ mẹ T cho đi nhưng mẹ không đồng ý làm cho T cảm thấy chán nản, phải ở nhà trong khi các bạn đi chơi. T bảo hôm đó T rất giận mẹ, nhưng khi thấy mẹ ốm nên cảm giác yêu thương mẹ lại quay trở về, T không giận mẹ nữa.

Năm lớp 10, T được học trường mới, môi trường mới làm cho T thấy thích thú và vui vẻ hơn. Vì T là cô gái hiền lành, dễ thương lại học rất giỏi nên rất nhiều bạn đã muốn kết bạn với T, trong đó T chơi thân nhất với một cô bạn. Mẹ T phát hiện ra T có bạn mới, mẹ T dò hỏi xem về gia cảnh của cô bạn, điểm học tập và tính tình của bạn ấy rồi mới cho T tiếp tục chơi với cô bạn đó. T bảo điều đó làm T thấy rất khó chịu và tổn thương.

Mẹ T chăm T như một đứa trẻ, không cho T phải làm việc gì ngoài học tập và có chế độ, thời gian nghiêm khắc với T. T cũng bằng lòng với sự sắp đặt của ba mẹ. Thậm chí, khi T thi vào đại học mẹ tự làm hồ sơ cho T, T chỉ việc học và đến ngày thì đi thi.

Tuy sống trong sự bao bọc của ba mẹ, nhưng khi ra khỏi nhà T cũng thể hiện được cá tính riêng của mình, theo một số bạn bè của T nhận xét thì T khi đi học

luôn tham gia nhiệt tình các phong trào đoàn đội, T là một cô gái biết tổ chức mọi hoạt động tập thể và được bạn bè thầy cô quý mến. Khi học xong đại học, vì thành tích học tập xuất sắc nên T được giữ lại trường làm giảng viên. Đồng nghiệp của T tuy lớn tuổi hơn T nhưng rất nể phục tài năng của T, ai cũng bảo T sẽ là một giảng viên đầy tâm huyết và giỏi giang. Khi biết T bị trầm cảm và nhất quyết xin thôi việc, đồng nghiệp đến thăm và động viên T rất nhiều. Khoa T làm việc cũng không chấp nhận đơn thôi việc của T mà chỉ xem như là T nghỉ phép dài hạn.

Mẹ T bảo với NTL rằng rất mong muốn T tiếp tục đến trường làm việc, nhưng ba T là một người nghiêm khắc, ba T bảo nếu T không thể tiếp tục làm việc ở trường thì nên tìm công việc khác thích hợp hơn, vì theo ba T nếu cứ tiếp tục ép T làm những việc mà T không thích thì tình trạng trầm cảm càng nặng thêm.

Nhìn chung, từ nhỏ đến lớn T luôn biết cách làm hài lòng mọi người xung quanh bằng những thành tích và sự nhiệt tình của mình, T luôn nhận được nhiều lời khen chứ chưa ai chê trách T điều gì. Cuộc sống của T khá thuận lợi và T ít gặp thất bại trong cuộc sống của mình.

** Hành vi, thái độ, diện mạo:*

- Giao tiếp mắt: khi trò chuyện T lúc thì cúi mặt xuống bàn hoặc vừa nói vừa nhìn về phía khác tránh nhìn vào nhà trị liệu.

- Có thái độ tích cực trong giao tiếp với nhà trị liệu, tin tưởng và mong muốn được trị liệu để vượt qua trầm cảm.

- Diện mạo: khí sắc trầm buồn, sự mệt mỏi hiện qua nét mặt.

** Danh sách vấn đề của thân chủ*

- Môi quan hệ:

+ Mẹ tuy rất thương T, nhưng mẹ ít quan tâm đến những cảm xúc của T. Mẹ không muốn T tự quyết định những công việc của riêng mình, còn T thì rất muốn nói cho mẹ hiểu những suy nghĩ, cảm xúc của T nhưng sợ mẹ đau lòng và thất vọng về T.

+ Bố T thì là người khá bận rộn với công việc, ông ấy ít tham gia vào vấn đề của T. Mọi chuyện trong nhà bố T để mẹ T tự quyết định. T cảm thấy có thể nói chuyện dễ dàng với bố hơn. Đôi khi T muốn nói chuyện với bố và nhờ bố thuyết phục mẹ để T làm việc gì đó, nhưng rồi vì công việc bận rộn nên ông ấy cũng không giúp đỡ được T điều gì.

+ Đôi lúc T hay cãi nhau với em gái, vì tính em gái T khá mạnh mẽ. T cũng có một chút ghen tị về em gái mình vì em gái được làm mọi việc theo ý mình mà

không bị mẹ la mắng, còn T thì không được như vậy. Em T cũng thấy ghen với chị, vì chị giỏi giang hơn mình, được mẹ quan tâm hơn mình.

+ T có một người bạn trai theo đuổi, anh luôn mong muốn giúp T vượt qua trầm cảm. Nhưng T bảo rằng mình không có cảm giác yêu đương gì với anh ấy. T luôn tránh né anh ấy nhưng anh ấy vẫn kiên trì ở bên cạnh T. Mẹ T rất ủng hộ mối quan hệ của T với người con trai này. Vì theo mẹ T, anh ấy là người giỏi giang, hiền lành, yêu thương T. Nhưng T luôn từ chối, cự tuyệt tình cảm của anh ấy vì T cho rằng mình là một người bệnh tật nếu yêu họ thì chỉ làm họ có thêm gánh nặng mà thôi.

- Chất lượng cuộc sống:

+ Hiện tại, T đã không thể tiếp tục làm việc. T đã từ bỏ mọi hoạt động yêu thích trước đó T hay làm. T không thể làm việc gì vì quá buồn chán.

- Sức khỏe tâm thần:

+ Triệu chứng trầm cảm: mệt mỏi, buồn chán, ăn không ngon miệng, mất ngủ, giảm sút cân.

+ Kết quả thang đo trầm cảm Beck của T đạt 30 điểm.

* Mục tiêu trị liệu

+ Giảm trầm cảm, cải thiện chất lượng cuộc sống.

* *Chẩn đoán*

T đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn trầm cảm của ICD 10 và thang đo trầm cảm Beck.

3.3.2. Quá trình trị liệu nhận thức hành vi cho N.T.T

(1) Áp dụng kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức

Buổi 1: Sau khi tiến hành phỏng vấn lâm sàng thu thập thông tin ban đầu, phỏng vấn về tình trạng trầm cảm của T, đánh giá mức độ trầm cảm của T thông qua thang đánh giá trầm cảm Beck. Được sự đồng ý tiếp tục trị liệu của T, NTL đã thảo luận về nội dung của buổi sau và các buổi trị liệu tiếp theo để T có thể hình dung được vai trò của mình trong buổi trị liệu, nội dung của trị liệu tâm lý và có thể chuẩn bị tâm thế để sẵn sàng trị liệu.

Trong buổi giáo dục tâm lý, T vẫn trong trạng thái rất mệt mỏi, uể oải, tóc buộc không gọn gàng, khí sắc giảm. Khi NTL chào T, cô ấy chỉ đáp lại một cách miễn cưỡng và có gương cười. NTL và T cùng thảo luận về nội dung của buổi làm việc hôm nay, vai trò của T trong buổi trị liệu và những cam kết mà NTL và T cùng thực hiện.

- Hướng dẫn tập thư giãn

Đầu tiên, NTL hướng dẫn cho T cách thư giãn các cơ bắp, cách thở bụng và để thời gian cho T thực hành.

T: “Thư giãn cũng chẳng làm cho mình khá lên được đâu, và mình cảm thấy mệt khi phải làm những động tác đó”.

NTL: Tôi rất hiểu và thấu cảm với T rằng những buổi tập này sẽ rất mệt và tốn sức nhưng vẫn khuyến khích T hãy thử một lần.

Sau đó, NTL làm mẫu cho T quan sát và cuối cùng T vẫn thực hành thư giãn theo hướng dẫn của NTL. Sau khi thư giãn, NTL hỏi về cảm nhận của T khi tập thư giãn.

T: “Mình cảm thấy không thể tập trung được, cứ nhắm mắt lại là mình lại suy nghĩ lung tung”.

NTL: Buổi đầu tiên bạn làm như vậy là rất tốt. Ai khi làm buổi đầu tiên cũng đều có cảm nhận là không thể tập trung và không thể thấy thoải mái khi thư giãn nhưng nếu làm ở những buổi tiếp theo chắc chắn sẽ thấy thoải mái hơn.

T: Nếu mình tập thư giãn theo hướng dẫn nhưng mở nhạc không lời thì có lẽ tốt hơn.

Sau đó, T đã tập thư giãn với những bài nhạc không lời. T bảo rằng cô ấy có cảm giác dễ chịu hơn sau khi thư giãn.

- Tìm hiểu về trầm cảm:

NTL và T cùng nhau thảo luận về trầm cảm, mức độ phổ biến của trầm cảm trong cộng đồng, những phương pháp điều trị trầm cảm hiện nay.

Khi NTL hỏi T có những hiểu biết như thế nào về rối loạn trầm cảm thì T nói ban đầu chỉ nghĩ chắc mình chỉ mệt mỏi, buồn chán, căng thẳng khi bị áp lực công việc và rồi sẽ trôi qua nhanh. Nhưng sự buồn chán đó kéo dài ngày này sang ngày khác lúc nào cũng cảm giác mệt mỏi, không muốn làm gì, trong người cảm thấy như mất hết năng lượng.

T: “Những lúc có cảm giác mệt mỏi, tay chân không muốn cử động, tưởng tượng rằng mình như cái điện thoại hết sạch pin vút một chỗ không hoạt động được”.

Nhưng khi cô ấy lên mạng tìm hiểu thì thấy những biểu hiện của mình khá giống bệnh trầm cảm, nhưng T cũng không biết rằng bệnh đó có giống bệnh tâm thần hay không nữa. Điều này chứng tỏ rằng T rất lo lắng vì sợ bệnh trầm cảm cũng giống như bệnh tâm thần phân liệt. Để giải quyết vấn đề T lo lắng là mình bị tâm thần phân liệt.

NTL: T thấy những người tâm thần có những biểu hiện về hành vi, cử chỉ, điệu bộ như thế nào?

T: Tôi thấy họ hay đi lang thang, la lối, quậy phá khi lên cơn, không ý thức được mình đang làm gì, có khi nhặt những thứ bần thủ để ăn.

NTL: T có những hành vi nhưng vậy chưa?

T: Tất nhiên là chưa bao giờ. T vẫn tỉnh táo chẳng qua là có sự buồn chán và mệt mỏi không muốn làm gì thôi.

NTL: vậy bây giờ T nghĩ rằng trầm cảm và tâm thần là hai bệnh hoàn toàn khác nhau hay giống nhau như ban đầu cô nghĩ?

T: là khác nhau.

Sau đó NTL phản hồi những điều mà T đã nói, phản ánh đầy đủ những biểu hiện của trầm cảm để giúp hiểu rõ hơn về rối loạn trầm cảm.

NTL: trong cuộc sống thì có nhiều người có rối loạn trầm cảm như T?

T: Tôi không biết rõ nhưng chắc là cũng ít lắm.

NTL: Rối loạn trầm cảm là một rối loạn rất phổ biến, cứ 100 người thì có 10 người mắc phải. Ai cũng có những lúc buồn chán chứ không phải riêng T, điều quan trọng là làm cách nào để vượt qua sự buồn chán đó.

Khi nghe NTL phản hồi thì T chăm chú nghe và rất ngạc nhiên khi NTL nói rằng có trầm cảm rất phổ biến.

T: “Mình không nghĩ là nhiều như vậy, vì mình nghĩ rất ai gặp phải vấn đề như mình, mình thấy mọi người luôn cười nói, vui vẻ, và đi làm việc rất tốt”.

T: Liệu ở Long An có nhiều người bị trầm cảm như T không.

NTL: Ở Long An tỉ lệ trầm cảm cũng rất phổ biến, hàng ngày có rất nhiều người đến bệnh viện tâm thần để điều trị trầm cảm.

Như vậy, từ trước đến giờ T nghĩ rằng rối loạn trầm cảm rất ít người gặp phải điều đó sẽ làm cho T lo lắng nhiều hơn, việc giải thích về sự phổ biến của rối loạn trầm cảm sẽ làm cho T giải tỏa một phần lo lắng, và cũng giúp T có suy nghĩ chính xác hơn về rối loạn trầm cảm.

NTL: Khi có sự buồn chán thì T làm gì để giảm đi sự buồn chán đó?

T: Mình đọc sách, dịch tài liệu tiếng anh. Khi tập trung vào công việc thì cũng có quên đi được một lúc, nhưng khi không làm nữa thì sự buồn chán lại xuất hiện.

NTL: Theo T có những phương pháp nào chúng ta sẽ dùng để điều trị rối loạn trầm cảm?

T: Hiện giờ mình đang dùng thuốc chống trầm cảm nhưng thấy không đỡ nên mẹ mới đồng ý trị liệu tâm lý.

NTL: theo T khi dùng thuốc thì có những thuận lợi và không thuận lợi như thế nào?

T: Dùng thuốc thì cũng có đỡ mất ngủ hơn nhưng thấy vẫn buồn chán và suy nghĩ nhiều, mẹ T không cho uống liều mạnh vì sợ có tác dụng phụ.

Điều đó có nghĩa là T nhận thức được những mặt lợi mặt hại khi dùng thuốc. NTL đưa bổ sung một số thông tin về những mặt thuận lợi và mặt không thuận lợi khi dùng thuốc như: Thuốc có thuận lợi là có thể giảm mất ngủ, giảm buồn chán nhưng bên cạnh đó có tác dụng phụ, nếu dùng lâu sẽ bị phụ thuộc vào thuốc.

NTL: T hiểu như thế nào là liệu pháp tâm lý?.

T: liệu pháp tâm lý là thư giãn, trò chuyện với NTL để giảm buồn chán.

NTL: Nếu trầm cảm không được điều trị thì sẽ như thế nào?

T: sẽ mất ngủ, ăn không ngon, không thể làm việc gì, ảnh hưởng không tốt đến cuộc sống hiện tại.

Kết thúc buổi giáo dục tâm lý NTL hỏi rằng T có thắc mắc gì về trầm cảm hoặc những vấn đề khác nữa không? T suy nghĩ rồi bảo không có vấn đề gì lắm. NTL tiếp tục hỏi cảm nhận của T về buổi trị liệu thì T bảo rằng có cảm giác bớt lo lắng hơn khi được hiểu về trầm cảm.

Buổi 2: Đầu tiên, NTL hỏi về tình hình sức khỏe của T trong tuần vừa qua, T bảo rằng tuần vừa rồi cũng chưa khá lên được, cô ấy vẫn còn cảm giác buồn chán và không muốn hoạt động. Các buổi tối có ngủ được hơn vì có tập thư giãn, một hai ngày đầu tiên tập thư giãn thấy bụng hơi mệt vì khó thở nhưng những ngày tiếp theo cô ấy cảm thấy dễ chịu hơn vì đã quen. NTL giới thiệu về thang đánh giá tâm trạng nhanh, mục đích của thang đánh giá tâm trạng để xác định được cảm xúc của bản thân, hiểu được mức độ cảm xúc từ đó có thể điều chỉnh, quản lý cảm xúc tốt hơn. Sau đó đề nghị T tự đánh giá tâm trạng hiện tại.

T: Tâm trạng hiện tại của mình là 4 và điều đó có nghĩa là tâm trạng ở dưới mức trung bình.

NTL cùng T phân tích mối quan hệ giữa cảm xúc và suy nghĩ. Một tình huống được đưa ra để phân tích đó là một người thi trượt đại học và có suy nghĩ mình thật ngu dốt.

NTL: Theo T thì trường hợp trên người đó sẽ cảm giác như thế nào?

T: “Chắc người đó sẽ rất buồn”

NTL: đúng là người đó sẽ rất buồn và khi buồn lại càng suy nghĩ cuộc đời này thật là chán từ đó người đó càng trầm cảm thêm, chính suy nghĩ như vậy làm cho người đó buồn. Vậy theo chị, muốn giảm cảm giác buồn thì chúng ta nên làm gì?

T: “Thì đừng suy nghĩ nữa, suy nghĩ nhiều chỉ thêm buồn mà thôi”

NTL: Muốn giảm trầm cảm thì chúng ta cần có suy nghĩ tích cực hơn. Ví dụ: thi trượt đại học thì có thể năm nay đề rất khó, sang năm sẽ cố gắng hơn. Nếu chúng thay bằng các suy nghĩ đó thì nỗi buồn chán của mình như thế nào?

T: “Thay đổi suy nghĩ thì chắc mình sẽ đỡ buồn hơn chứ”.

NTL: “Tư tưởng không thông bình đồng cũng nặng”, T hiểu câu nói đó như thế nào?

T: “Theo mình hiểu, câu này ý nói rằng nếu tư tưởng không thông thì cái bình đồng nhẹ mà thấy nặng, làm việc gì cũng thấy nặng nề”

NTL: T nói rất đúng, bình đồng là một vật dụng rất nhẹ, nhưng nếu tư tưởng không thông thì chúng ta sẽ có cảm giác rất nặng nề, bình đồng là một sự kiện có thật, chúng ta gọi là A, cảm giác nặng là hậu quả chúng ta gọi là C, tư tưởng không thông chính là suy nghĩ không hợp lý chúng ta gọi là B. Theo T cảm giác nặng nề này là do chính bình đồng hay là do cái gì gây ra?

T: “Do tư tưởng không thông nên làm cho mình thấy nặng nề”

NTL: chính tư tưởng không thông gây ra hậu quả, điều đó có nghĩa là chính suy nghĩ gây ra hậu quả chứ không phải do sự kiện gây ra hậu quả.

Sau đó NTL vẽ mô hình ABC để T thấy rõ mối liên hệ giữa sự kiện- suy nghĩ- tâm trạng.

NTL: Nếu muốn thay đổi C thì chúng ta nên làm gì?

T: “Chúng thay đổi B, là suy nghĩ không hợp lý”.

Sau đó NTL cùng T áp dụng mô hình ABC vào giải quyết trường hợp cụ thể của bệnh nhân. NTL đề nghị T đưa ra một tình huống trong cuộc sống thực tế làm cho T trầm cảm và điền vào ô sự kiện A, tâm trạng buồn chán ở ô B, và hậu quả ở ô C. T đã điền như sau:

Bảng 3.5. Xác định mô hình ABCD trong trường hợp của T

A Sự kiện	B Suy nghĩ không hợp lý	C Hậu quả	D Tranh luận
Sinh viên làm bài kiểm tra bị điểm thấp	Mình là giảng viên vô trách nhiệm, mình không có năng lực dạy học	- Buồn chán - Không muốn đi dạy	Dù có lớp điểm thấp nhưng vẫn có những lớp dạy được điểm cao

NTL cùng T ôn lại những nội dung cơ bản của buổi trị liệu, đánh giá tâm trạng nhanh sau buổi trị liệu của T đã lên điểm 6. Cô ấy cũng bảo rằng cảm thấy khá

hơn một chút sau buổi này và cố gắng suy nghĩ tích cực hơn. Khi hỏi rằng thích nhất phần nào trong nội dung này thì cô ấy bảo thích phần phân tích câu “ Tư tưởng không thông vác bình đông cũng nặng ” vì khi phân tích câu đó thành sự kiện, suy nghĩ, hậu quả cô ấy mới thấy rõ chính suy nghĩ làm cho cô ấy buồn chứ không phải sự kiện. Sau đó NTL hướng dẫn thực hành bài tập về nhà và hẹn thời gian của buổi tiếp theo.

Buổi 3: Trong buổi này, T có cách nói chuyện cởi mở hơn, thường xuyên mỉm cười khi nói chuyện. Và T bảo rằng hôm nay cô ấy được rất nhiều đồng nghiệp đến thăm, đồng viên cô ấy nhanh chóng mau khỏe để trở lại với công việc. Nhưng cô ấy cũng buồn vì nghĩ đến việc phải đến trường là cô ấy thấy chán nản, buồn bã. NTL phản hồi và thấu cảm với T về những điều đó.

Việc đầu tiên trong buổi này NTL cùng T xem lại bài tập thực hành mà T đã làm trong một tuần, đó là bảng đánh giá tâm trạng nhanh các ngày trong tuần. T rất tuân thủ việc làm bài tập thực hành, hầu như ngày nào cô ấy cũng đánh giá tâm trạng. NTL củng cố, khen ngợi về việc T làm bài tập ở nhà. Sau đó, NTL chú ý đến ngày thứ 6 T đánh giá tâm trạng của mình được 8, NTL hỏi rằng ngày đó có sự kiện gì đã khiến T rất vui vẻ, T kể rằng hôm đó mẹ của T nhờ một người bạn làm đầu bếp đến nhà dạy cô nấu ăn, lúc đó tâm trạng của cô khá vui vẻ vì đã nấu được một món ngon. Cùng lúc đó, ngày thứ 4 là ngày có điểm tâm trạng thấp nhất là 3 thì T bảo rằng hôm đó ba mẹ cô nói chuyện về việc cô phải đến trường để dạy, mẹ cô cho rằng cô là giảng viên giỏi nên không được nghỉ dạy. Lúc đó cô lại cảm thấy rất buồn và chán nản, cô suy nghĩ rằng mình không xứng đáng để tiếp tục đến lớp vì cô không làm cho học sinh của mình tiến bộ được và cô thấy sợ hãi, choáng ngợp khi phải đi đến trường nhưng cô chỉ buồn một chút sau đó cô thư giãn và gắng suy nghĩ tích cực, cô cảm thấy khá hơn khi không suy nghĩ về những điều tiêu cực nữa. NTL phản hồi và thấu cảm với những điều T nói, sau đó đề nghị T đánh giá tâm trạng hiện tại. T bảo rằng có thể là được 5 điểm. NTL hướng dẫn T cách xác định các tình huống gây trầm cảm cho T, và tìm những suy nghĩ không hợp lý gây ra trầm cảm. NTL nhắc lại nội dung của buổi trước, khi sự kiện A xảy ra, chúng ta sẽ có suy nghĩ B về sự kiện đó và chính suy nghĩ B làm cho ta có cảm giác buồn chán C. Vậy chính suy nghĩ B làm chúng ta lo âu chứ không phải sự kiện A.

NTL hướng dẫn T trả lời các câu hỏi để xác định chính xác sự kiện A và điền vào bảng như sau:

Bảng 3.6. Xác định sự kiện A của bệnh nhân N.T.T

Khi nào	Sinh viên làm bài kiểm tra được điểm thấp
Ở đâu	Ở lớp
Với người nào	Sinh viên
Nhớ đến điều gì	Năm trước có một số bạn sinh viên vì không qua được môn này nên trượt tốt nghiệp
Bạn đang làm gì	Đang đọc điểm cho sinh viên nghe
Người khác đang làm gì	Đang bàn tán và lo lắng khi nghe kết quả điểm thấp

Sau đó NTL phản hồi rằng theo ý của T buồn chán xuất hiện khi sinh viên làm bài được điểm kém.

NTL: Vậy có phải sự kiện này gây cho T trầm cảm không hay do một yếu tố khác?

T: “Cũng có thể, nhưng nếu mình không suy nghĩ lung tung thì chắc sẽ không buồn như thế”

NTL: T nói rất đúng, nếu cùng một sự kiện mà có những suy nghĩ khác nhau thì cũng sẽ có cảm giác khác nhau. Nếu chúng ta suy nghĩ tích cực hơn thì chúng ta sẽ ít có cảm giác buồn chán. NTL tiếp tục hướng dẫn T trả lời các câu hỏi để tìm ra suy nghĩ không hợp lý B và điền vào bảng như sau:

Bảng 3.7. Xác định suy nghĩ không hợp lý của bệnh nhân N.T.T

Trong đầu chị có suy nghĩ gì mà làm cho chị buồn?	Tôi suy nghĩ là tôi không xứng đáng đứng trên bục giảng
Chị suy nghĩ về bản thân của mình như thế nào?	Tôi thật là người không có trách nhiệm
Chị suy nghĩ về những người xung quanh như thế nào?	Những sinh viên bị điểm kém chắc chắn sẽ trách tôi
Chị suy nghĩ về thế giới như thế nào?	

NTL hướng dẫn T vẽ mô hình ABC và điền vào các ô như sau:

Sự kiện	Suy nghĩ	Hậu quả
Sinh viên bị điểm kém	Mình là một người thiếu trách nhiệm	Buồn, chán

NTL: dựa vào mô hình này T có nhận xét gì như thế nào?

T: bây giờ thì mình đã hiểu rằng chính suy nghĩ tiêu cực làm cho cô ấy buồn chán, chứ nếu cùng một sự kiện như vậy nhưng có cách nghĩ khác thì tâm trạng sẽ đỡ buồn hơn.

NTL: hiểu phản hồi và hỏi cô ấy rằng nếu muốn giảm trầm cảm thì cần thay đổi gì?

T: “Tất nhiên là thay đổi suy nghĩ, sẽ suy nghĩ tích cực hơn”

NTL phản hồi rằng như vậy muốn giảm trầm cảm thì chúng ta phải thay đổi suy nghĩ để có suy nghĩ tích cực hơn. Đó cũng chính là nội dung của phương pháp trị liệu này.

Cuối cùng, NTL và T cùng nhau ôn lại nội dung của buổi trị liệu. Đánh giá tâm trạng của T sau khi trị liệu thì T bảo rằng được khoảng 6 điểm và khi hỏi T rằng thích nhất phần nào trong nội dung thì T bảo rằng phần xác định suy nghĩ không hợp lý.

Sau đó NTL hướng dẫn bài tập về nhà, hỏi có khó khăn nào khi thực hiện bài tập này không?

T: “Chắc không có vấn đề gì, thì mỗi ngày mình sẽ cố gắng làm bài tập vì mình thấy nó cũng là một công việc có ích, nó giúp mình nhìn lại những cảm xúc trong ngày, những sự kiện xảy ra trong ngày mình cũng thấy vui”

Buổi 4: NTL hỏi thăm về tình hình sức khỏe trong tuần vừa qua, T bảo rằng tuần qua cô ấy không còn suy nghĩ nặng nề nữa, cô ấy cũng ăn thấy ngon miệng và ngủ được vì ngày nào cũng tập thư giãn.

T: “Từ hôm mẹ mình thấy tập thư giãn có hiệu quả nên mẹ đã đăng ký một lớp học Yoga gần nhà để hai mẹ con cùng đi học, mình chưa từng được học Yoga nhưng thấy việc thở rất có lợi cho mình, vì khi thở mình chỉ chú ý hơi thở chứ không tập trung suy nghĩ linh tinh nữa, và khi mình tức giận thì mình cũng có thể tập thở để thấy thoải mái hơn”

Như vậy, cô ấy nhận thức được rằng việc tập thư giãn đã giúp cô ấy ngủ được và quản lý tốt tâm trạng của mình. Sau đó, NTL hỏi về việc thực hành ở nhà, những khó khăn và thuận lợi. Qua bảng đánh giá tâm trạng ngày được cao điểm nhất là ngày thứ 2 với số điểm là 7, cô ấy bảo ngày đó cô vui vì có bạn thân đến thăm và hai người đã nói chuyện vui vẻ, ngày có điểm tâm trạng thấp nhất là ngày thứ 7 với số điểm là 3 khi đó cô vừa từ chối lời tình cảm của một người bạn. Cô ấy nói rằng cũng có cảm tình với bạn trai đó nhưng cô mặc cảm vì mình đang bị bệnh tật, sợ là gánh nặng cho người đó.

Trong buổi này T có điểm tâm trạng được đánh giá tốt hơn ở thang đo Beck, NTL cùng với T thảo luận nội dung của buổi trị liệu. Đó là cách tranh luận để tìm ra những suy nghĩ không hợp lý và thay thế những suy nghĩ hợp lý hơn. NTL nhắc lại nội dung của buổi trước là khi một sự kiện A xảy ra chúng ta sẽ có suy nghĩ B về sự kiện đó và chính suy nghĩ đó làm cho ta có cảm giác buồn chán C. Vậy chính suy nghĩ B gây ra cảm giác buồn chán C chứ không phải vì sự kiện A. NTL hỏi rằng vậy để làm thay đổi được cảm giác lo lắng đó chúng ta nên làm gì? T trả lời rằng “Để làm giảm được cảm giác buồn chán thì chúng ta phải suy nghĩ tích cực hơn” NTL phản hồi rằng theo T để giảm

cảm giác buồn chán thì chúng ta nên xem xét suy nghĩ đó không hợp lý ở chỗ nào và từ đó tìm ra những suy nghĩ hợp lý hơn. Sau đó NTL trao đổi cách phân tích suy nghĩ này, tìm bằng chứng ủng hộ và bằng chứng chống lại các suy nghĩ không hợp lý, giải thích cho T hiểu rằng bằng chứng ủng hộ là các sự kiện có thật thể hiện suy nghĩ đó là đúng. Bằng chứng chống lại là các sự kiện thể hiện những suy nghĩ đó là sai, hướng dẫn T ghi lại mô hình ABC như đã thực hiện lần trước vào bảng dưới đây:

Bảng 3.8. Mẫu cân bằng suy nghĩ

A: Sự kiện	Sinh viên làm bài bị điểm thấp.
B: Suy nghĩ	Mình là một giảng viên vô trách nhiệm
C: Hậu quả	Buồn, chán, không muốn làm việc.
Bằng chứng ủng hộ suy nghĩ đó	Mình đã không có đề cương ôn tập cho sinh viên. Mình đã ra đề rất khó mặc dù biết học lực của sinh viên kém.
Bằng chứng chống lại suy nghĩ đó	Sinh viên đăng ký lớp học của mình đông hơn đăng ký giảng viên khác. Tuy có lớp bị điểm thấp nhưng mà nhiều lớp mình dạy có điểm số rất cao. Sinh viên khen mình là một giảng viên tận tâm với nghề. Mình đã tìm tòi những phương pháp giảng dạy hiệu quả để cuốn hút sinh viên tập trung vào học tập.
Đưa ra những suy nghĩ mới	Một số sinh viên bị điểm kém có thể là do những sinh viên đó chưa ôn tập kỹ trước khi làm bài.
Tâm trạng sau khi có những suy nghĩ mới	Tâm trạng đỡ buồn hơn, thoải mái hơn.

Sau đó:

NTL: hỏi rằng sau khi nhìn vào bảng trên thì T có nhận xét như thế nào?

T: “Khi tìm ra bằng chứng chống lại suy nghĩ không hợp lý mình mới thật sự để ý lại những việc tích cực mà mình đã làm, trước kia mình chỉ suy nghĩ về những việc tiêu cực nên mình cứ thấy tâm trạng không thoải mái, hối hận vì mình đã làm không tốt công việc giảng dạy nhưng giờ nghĩ lại tuy mình có những sai lầm nhưng cũng không đến nỗi tệ lắm, mình cũng thấy là mình có trách nhiệm với sinh viên nhiều”.

Cuối cùng, NTL và T cùng ôn lại nội dung cơ bản của buổi trị liệu, đánh giá tâm trạng bây giờ của T được 8 điểm. Và cô ấy cảm thấy thích thú với phần tranh luận đưa ra bằng chứng chống lại những suy nghĩ tiêu cực. Sau đó, NTL hướng dẫn bài tập về nhà, hỏi những khó khăn và thuận lợi khi thực hiện bài tập về nhà và hẹn buổi trị liệu tiếp theo.

Như vậy sau khi thực hiện các buổi tái cấu trúc nhận thức thì tâm trạng của T tốt lên rõ rệt. Cô ấy bảo rằng: “Mình cảm thấy thoải mái hơn khi không còn những suy nghĩ vô trách nhiệm, suy nghĩ tội lỗi đeo bám mình nữa. Trước đây khi chưa trị liệu

tâm lý và thư giãn thì ngày nào trong đầu mình cũng xuất hiện những suy nghĩ rằng mình là người vô trách nhiệm làm mình buồn chán và không muốn gặp ai, thậm chí khi đi khám ở bệnh viện tâm thần thì bác sĩ cho rằng mình đang có dấu hiệu hoang tưởng ảo thanh nhưng giờ nó không xuất hiện nữa làm cho mình có cảm giác nhẹ nhàng và thoải mái hơn không nặng nề như trước nữa”.

(2) Áp dụng kỹ thuật hoạt hóa hành vi

Buổi 1: Trong buổi này T đánh giá tâm trạng tốt lên, điểm trạng được 6 điểm. T bảo rằng vì không suy nghĩ nhiều nữa nên cảm thấy tốt hơn. Khi NTL nhìn vào bảng đánh giá tâm trạng hàng ngày T thấy rằng trong tuần qua T đã được điểm cao ở thang đánh giá tâm trạng, ngày thấp nhất là 5 điểm và cao nhất là được 8 điểm.

NTL: T rằng hiểu như thế nào về câu nói “Ở không sinh bệnh”?

T: “Đó là tình trạng của mình bây giờ, ngồi mãi ở nhà mà không làm việc gì đâm ra chán nản, mệt mỏi”.

NTL: T nói rất chính xác, trong tình trạng trầm cảm như bây giờ, nếu chúng ta thấy chán nản thì không muốn hoạt động, không hoạt động thì có thời gian để suy nghĩ tiêu cực, suy nghĩ tiêu cực sẽ càng làm cho chúng ta chán nản. Đó là mối tương tác giữa hoạt động và trầm cảm. Nó là một cái vòng luẩn quẩn mà nếu chúng ta cứ tiếp diễn theo vòng luẩn quẩn đó thì chúng ta sẽ không vượt qua trầm cảm được.

Sau đó, NTL hướng dẫn cho T vẽ vòng tương tác giữa hoạt động và tâm trạng để T hiểu rõ hơn tầm quan trọng của hoạt động. Tiếp theo, NTL đưa ra một ví dụ tình huống để phân tích:



Hình 3.1. Sự kiện gây khó chịu

NTL giải thích rằng trầm cảm là do T không muốn làm việc, không muốn làm việc thì trầm cảm nặng nề lên thì lại không muốn làm việc.

NTL: Vậy để giảm trầm cảm thì chúng ta cần phải làm gì?

T: “Để giảm trầm cảm chắc có lẽ phải làm việc, phải hoạt động nhiều để quên đi cảm giác buồn chán”.

Tiếp theo NTL hướng dẫn T hiểu rõ mối quan hệ giữa hoạt động - tâm trạng thì NTL tiếp tục hướng dẫn T xác định các hoạt động mà trước đây T vẫn thích làm.

T viết ra giấy những hoạt động trước đây cô ấy thích như: Học tiếng Nhật, đi uống cà phê với bạn bè, tổ chức các hoạt động từ thiện, dịch thuật tài liệu, làm việc nhà giúp mẹ mỗi khi rảnh rỗi, đi biển cùng gia đình, bạn bè.

NTL: khi thực hiện các hoạt động đó T cảm thấy như thế nào?

T: “Lúc đó mình rất vui vẻ và hạnh phúc. Nhất là khi đi làm từ thiện, mình là một tình nguyện viên tổ chức các hoạt động vui chơi cho những trẻ em bị bệnh tim, làm việc nhà và học tiếng Nhật làm mình cũng cảm thấy vui”.

NTL: Khi làm những việc đó T cảm thấy rất vui vậy nếu giờ chọn một hoạt động thích nhất để làm thì T chọn làm hoạt động gì?

T: “Bây giờ mình đã không còn những cảm giác nặng nề, tội lỗi nữa. Mình cảm thấy thoải mái hơn và cũng bắt đầu suy nghĩ về những công việc mà mình phải làm, vì mình nhận ra rằng thời gian qua mình đã bỏ mất rất nhiều thời gian không làm gì, giờ mình sẽ bắt đầu làm một công việc nào đó, chắc mình sẽ đi học tiếng Nhật vì mình đã yêu thích từ lâu nhưng chưa học nghiêm túc lần nào cả”.

Cuối cùng, NTL và T ôn lại nội dung của buổi trị liệu, đánh giá tâm trạng thì T bảo rằng cảm thấy khá hơn một chút, khoảng được 4 điểm. NTL hướng dẫn T thực hành về nhà là đánh giá tâm trạng nhanh, khuyến khích T thực hiện các hoạt động yêu thích hàng ngày, đánh giá tâm trạng trước và sau khi thực hiện các hoạt động. Nhưng T bảo rằng sợ không thể thực hiện được vì cảm thấy rất mệt mỏi và mất hứng thú để làm các hoạt động đó. NTL củng cố và động viên T thử thực hiện một lần xem có kết quả thế nào và T đã đồng ý. Sau đó NTL hẹn buổi trị liệu tiếp theo.

Buổi 2: Cũng như các buổi khác, đầu tiên của buổi trị liệu NTL hỏi về tình hình sức khỏe của T trong tuần qua, những khó khăn và thuận lợi khi làm bài tập về nhà thì T bảo rằng tuần qua cô ấy cảm thấy đỡ buồn chán hơn, còn về việc làm bài tập thì T chỉ cố gắng tự học tiếng Nhật trong ngày cuối tuần, thỉnh thoảng giúp mẹ nấu ăn sau khi cố gắng làm những công việc đó thì T cảm thấy tâm trạng cũng khá lên một chút. Buổi này đánh giá tâm trạng của T được 6 điểm.

Đầu tiên, NTL hướng dẫn T làm một bài tập “dây chuyền” và nói với T rằng khi làm bài tập đó T sẽ thấy tâm trạng của mình có thể đi xuống hoặc đi lên trong một chuỗi dây chuyền liên tục phụ thuộc vào việc T làm. NTL hướng dẫn T nghĩ đến các hoạt động gây ra tâm trạng tồi tệ, các hoạt động với tâm trạng bình thường và hoạt động làm tâm trạng tốt lên. T điền vào bảng như sau:

Bảng 3.9. Bảng ghi chuỗi hoạt động gây ra tâm trạng của bệnh nhân N.T.T

Tâm trạng tốt nhất	9	Tham gia nhóm hoạt động từ thiện
	8	Học Yoga
	7	Học tiếng Nhật
	6	Đi chơi với bạn thân
Tâm trạng bình thường	5	Cùng xem phim với mọi người trong gia đình
	4	Cãi nhau với em gái
	3	Giận dữ với mẹ
	2	Nói về những điều bi quan trong cuộc sống
Tâm trạng tồi tệ	1	Ở nhà một mình và khóc

NTL: Nhìn vào bảng các hoạt động T có nhận xét gì về vai trò của hoạt động?.

T: “Nhìn vào bảng mình thấy nếu làm những hoạt động mình yêu thích thì tâm trạng sẽ tốt hơn, còn mình làm những điều mình không muốn thì tâm trạng tồi tệ hơn”

NTL: Tâm trạng của T phụ thuộc vào các hoạt động của T.

Trong mỗi tình huống T là người quyết định mọi hoạt động, và hoạt động đó ảnh hưởng đến tâm trạng nhất định. Có những hoạt động sẽ làm cho tâm trạng của chúng ta trở nên tồi tệ hơn nhưng có những hoạt động làm cho chúng ta cảm thấy tốt hơn.

NTL khuyến khích động viên T hành động “như thể” ngay cả khi T cảm thấy tâm trạng không tốt thì hãy hành động như thể T đang có tâm trạng tốt.

Ví dụ: cười ngay cả khi mình không muốn. Và NTL khuyến khích T thử cười, mặc dù vẫn biết T rất khó để cô ấy cười lúc này, NTL khuyến khích T làm động tác khuôn mặt cười và hỏi nhận xét của T như thế nào?

T: “Mình cảm thấy kỳ cục làm sao ấy, không buồn cười làm sao mà cười được nhưng khi nhìn vào gương cảm thấy khuôn mặt mình hài hước điều đó cũng làm cho mình buồn cười”

NTL: với các hoạt động cũng vậy, có những hoạt động mà chúng nghĩ rằng mình không thể làm được nên không muốn làm nhưng hãy làm như thể chúng ta có thể làm tốt và cố gắng thực hiện các hoạt động ngay cả khi chúng ta không thích điều đó.

T: “Thật khó để có thể làm các hoạt động khi mà tâm trạng của mình không vui vì không có hứng thú để làm, những lúc không vui thì chỉ muốn đi ngủ hoặc nằm nghỉ cho hết mệt mỏi mà thôi”

NTL: rất khó để bắt đầu một hoạt động nào đó khi tâm trạng không vui vì vậy chúng ta nên bắt đầu các hoạt động từng bước một, từ dễ đến khó lúc đó chúng ta sẽ thấy dễ dàng hơn.

Ví dụ: Để đi ra khỏi phòng, chúng ta cần ngồi dậy việc ngồi dậy đã tạo ra một bước chuyển, sau đó chúng ta cần làm những việc tiếp theo như mang giày, đứng lên, bước đi, mở cửa sẽ dễ dàng hơn. Đó là một ví dụ để phân tích rằng một hoạt động chúng ta không thích làm nhưng nếu cố gắng chúng ta sẽ làm được. T phản hồi rằng trước đây đúng là việc T bước ra khỏi phòng là một việc rất khó khăn, khi ngủ dậy cô ấy chỉ muốn nằm mãi ở giường không muốn ngồi dậy để đi ra khỏi phòng. Nhưng giờ đây cô ấy bảo việc hoạt động giờ không khó khăn như trước nữa, vì đã cô ấy đã giảm được suy nghĩ tiêu cực trong đầu thấy nhẹ nhàng và có hứng thú làm việc hơn. Cô ấy bảo sẽ bắt đầu làm các hoạt động để tâm trạng tốt hơn.

Tiếp theo NTL hướng dẫn T tìm ra các ý tưởng cho hoạt động.

NTL: hiện tại sức khỏe của T không tốt và khi T thấy mọi người thực hiện các hoạt động có lợi cho sức khỏe như: đi bộ, tập thể dục, câu cá, tập Yoga...thì T có muốn thực hiện các hoạt động đó không? Và nếu muốn thì T sẽ thực hiện hoạt động gì?

T: “Mình thấy mình rất thích đi học Yoga, mình đang đi học với mẹ và hiện tại mình thấy rất tốt. Nó chiếm thời gian ba buổi tối trong tuần nên mình ít có thời gian rảnh để suy nghĩ nữa”.

NTL: phản hồi rằng việc đi học Yoga của T rất tốt để cải thiện tâm trạng và có lợi cho sức khỏe của T bây giờ.

NTL đề nghị T kể về các hoạt động gây hứng thú mà T đã từng làm. T kể rằng đó là việc tham gia các hoạt động từ thiện, học tiếng Nhật, dịch thuật tài liệu, giúp mẹ nấu ăn, đi chơi với bạn bè.

NTL: tại sao T lại thích các hoạt động đó?

T: “Những hoạt động đó khiến mình thấy cuộc sống thật có ý nghĩa, như khi mình đi làm từ thiện mình cảm thấy tâm hồn vui vẻ, nhẹ nhàng”

NTL: hoạt động có bốn nhóm: hoạt động làm một mình, hoạt động làm với người khác, hoạt động ít tốn thời gian, hoạt động ít tốn tiền. Theo T những thuận lợi của từng hoạt động là gì?

T: “T bảo rằng những hoạt động làm một mình thì nhiều lúc rất cần thiết vì mình cũng cần phải có thời gian riêng tư chứ”.

NTL: các hoạt động một mình có thuận lợi là có thể kiểm soát mọi hoạt động của mình mà không phụ thuộc vào người khác, và chúng ta cũng cần có phải có thời gian riêng để nghỉ và thích thú với hoạt động của mình. NTL hỏi T rằng hoạt động một mình nào khiến T thích thú thì T trả lời là tự học tiếng Nhật. Theo T thì những thuận lợi của hoạt động với người khác là gì?

T: “Khi đó sẽ thoải mái vì mình có thể vừa làm vừa chuyện trò với mọi người, nhiều lúc buồn sẽ được mọi người động viên, chia sẻ”.

NTL: theo T, khi thực hiện các hoạt động với người khác sẽ có các mặt thuận lợi đó là có thể chuyện trò với người khác, có động lực hơn để làm việc ngoài ra còn có mối liên hệ thoải mái với mọi người thường làm cho chúng ta cảm thấy tốt hơn. Một số người khác có thể giúp tăng cường động lực để chúng ta thực hiện các hoạt động. Vậy thì hoạt động nào làm với người khác T có thể thực hiện được trong thời gian này?

T: nấu ăn cùng mẹ, đi làm từ thiện, đi chơi với bạn bè.

NTL: thuận lợi của các hoạt động không hoặc ít tốn tiền?

T trả lời: “Thì tất nhiên thuận lợi là không tốn tiền, mình có thể làm mà không cần lo lắng vì sợ tốn tiền”

NTL: khi thực hiện các hoạt động không tốn tiền thì mình có thể làm được nhiều lần hơn, sẽ không thấy căng thẳng và lo tốn tiền. Hoạt động không tốn tiền nào T thích làm?

T: thích dịch các truyện thiếu nhi từ tiếng Anh sang tiếng Việt, thích đọc sách, thích nói chuyện với bạn bè.

NTL: như vậy, chúng ta nhận thấy các hoạt động thực hiện một mình, làm với người khác, ít tốn kém hoặc ít tốn thời gian đều có những thuận lợi của nó.

Tiếp theo, NTL và T cùng ôn lại nội dung của buổi trị liệu. Đánh giá lại tâm trạng thì T bảo rằng chắc được khoảng 7 điểm. Khi hỏi T rằng cô ấy cảm thấy thích thú phần nào nhất trong buổi trị liệu thì T bảo rằng đó là phần nói về cách thử hoạt động ngay cả khi mình không thích vì nó làm cho cô ấy có động lực hơn khi thực hiện các hoạt động mà cô ấy dự định làm và thấy tự tin vào bản thân mình hơn. Cuối cùng, NTL hướng dẫn cho T bài tập về nhà. Đó là lựa chọn và thực hiện các hoạt động đã được nêu ra ở phần trên, đánh giá tâm trạng trước và sau khi thực hiện. Sau đó NTL đã cùng cô, khuyến khích T cố gắng thực hiện bài tập về nhà và hẹn buổi trị liệu tiếp theo.

Buổi 3: Trong buổi này, T đã khá hơn rất nhiều. Cô ấy báo rằng: “Trong tuần qua mình đã không còn cảm thấy buồn nữa, mọi thứ đã tốt lên với mình, hôm nay tâm trạng của mình được 7 điểm và mình cảm thấy thoải mái lắm”. NTL củng cố, động viên T tiếp tục duy trì tâm trạng thoải mái bằng cách tranh luận với các suy nghĩ tiêu cực và tham gia tích cực các hoạt động. Sau đó, NTL và T cùng thảo luận với những khó khăn trong khi thực hành bài tập về nhà, tuần này T đã vẫn duy trì việc tự học tiếng Nhật một tuần 3 buổi, học Yoga 3 buổi và dịch thuật tài liệu tiếng Anh 1 buổi. Như vậy T đã lấp đầy thời gian rảnh của mình bằng những hoạt động yêu thích và làm cho tâm trạng T tốt lên.

Trong buổi trị liệu này, NTL giới thiệu với T cách thức vượt qua trở ngại để thực hiện các hoạt động. Đầu tiên là giới thiệu về các giai đoạn giải quyết vấn đề.

NTL: trong phần trước có đề cập đến các hoạt động mà T chưa vượt qua được đó là tham gia hoạt động từ thiện, vậy T sẽ thực hiện các bước như thế nào để vượt qua khó khăn đó?

T trả lời “Mình cũng không biết làm thế nào để có thể vượt qua khó khăn để thực hiện các hoạt động đó, vì mình cảm thấy chưa tự tin khi giao tiếp với mọi người”

NTL phản hồi để vượt qua các khó khăn, chúng ta nên đi qua các bước, đó là: Xác định các trở ngại -> nghĩ về các giải pháp để vượt qua các trở ngại -> chọn giải pháp phù hợp nhất -> thực hiện thử giải pháp được chọn -> đánh giá kết quả và hướng tiếp theo. Bây giờ, chúng ta sẽ thảo luận cách thực hiện các bước này.

NTL hướng dẫn rằng bước đầu tiên là để tìm hiểu xem các trở ngại là gì. Nói một cách khác, cần phải trả lời một số câu hỏi: “Điều gì khiến tôi không tiến hành các hoạt động”? Hoặc “Tôi đã thực hiện một hoạt động, điều gì khiến tôi không thực hiện nhiều hoạt động hơn?” NTL nói rằng T đã đưa ra một hoạt động có lợi cho sức khỏe nhưng chưa thực hiện được. Sau đó, NTL hướng dẫn T đưa ra càng nhiều lý do cản trở thực hiện càng tốt và ghi các thông tin đó như sau:

Bảng 3.10. Các hoạt động có lợi cho sức khỏe chưa thực hiện được của N.T.T

Hoạt động có lợi cho sức khỏe nhưng chưa thực hiện được: Tham gia câu lạc bộ tình nguyện	
- Điều gì khiến tôi không tiến hành các hoạt động? - Tôi đã thực hiện một hoạt động, điều gì khiến tôi không thực hiện nhiều hoạt động hơn?	1. Sợ thời gian này câu lạc bộ không có phong trào mới để tham gia.
	2. Sợ mẹ không đồng ý cho tham gia vì đang bị bệnh
	3. Trước kia hay đi làm từ thiện cùng nhóm với bạn thân nhưng giờ sợ bạn không có thời gian đi với mình.

Bước thứ hai là nghĩ về các giải pháp chưa thực hiện được. NTL đưa ra một câu chuyện về một người đã hỏi câu hỏi “Một người mù có qua đường được không”? Hầu hết mọi người trả lời là không, tương tự như vậy nhưng với câu hỏi “Làm thế nào để đưa người mù qua đường?” thì mọi người đều suy nghĩ và đưa ra các giải pháp để đưa được người mù sang đường. Và NTL hỏi rằng T có suy nghĩ như thế nào về sự khác biệt này? T trả lời rằng: “Có sự khác biệt ở cách đặt câu hỏi, nếu đặt câu hỏi khác nhau thì sẽ trả lời khác nhau” NTL phản hồi khi cùng một vấn đề mà ta dùng câu hỏi “được không” thì sẽ cho câu trả lời có hoặc không mà không làm ta phải động não suy nghĩ về cách giải quyết vấn đề, nhưng khi ta dùng câu hỏi “làm thế nào” thì sẽ khiến chúng ta phải động não suy nghĩ để tìm ra cách giải quyết vấn đề. Như vậy qua câu chuyện này chúng ta rút ra bài học cho bản thân là nên tự hỏi làm thế nào để thực hiện hoạt động chứ không nên hỏi chúng ta có làm được không.

Sau đó, NTL nói rằng đã vừa thực hiện tốt bước đầu tiên trong việc vượt qua những trở ngại này. Bước thứ hai là nghĩ về những cách T có thể vượt qua những trở ngại này mà không cần bản khoản xem đó có phải là phương pháp đúng hay không? Trước hết, NTL đề đưa ra các giải pháp giải quyết khó khăn đầu tiên. Sau khi hoàn thành việc đưa ra các giải pháp cho khó khăn đầu tiên, T sẽ tiếp tục đưa ra các giải pháp để giải quyết những khó khăn tiếp theo.

Sau đó, NTL hướng dẫn bước thứ tư là lựa chọn giải pháp có ý nghĩa nhất. NTL hỏi T rằng trong các cản trở trên thì cản trở nào cần phải giải quyết nhất? T trả lời “Mình lo lắng nhất là mẹ mình không cho mình đi, vì mình đang bị bệnh mà những hoạt động từ thiện tốn rất nhiều công sức, mẹ sẽ sợ mình bệnh nặng thêm mà không cho đi”. NTL phản hồi theo T cản trở quyết định nhất là mẹ bạn sẽ không cho đi, nhìn vào những giải pháp bạn đưa ra cho cản trở này thì bạn sẽ chọn giải pháp nào để giải quyết cản trở đó. T bảo rằng: “Chắc mình sẽ xin phép mẹ mình, thuyết phục mẹ hiện nay sức khỏe của mình đã ổn định hơn nữa đây là hoạt động mình yêu thích nên mình làm sẽ vui hơn, có lợi cho sức khỏe và đây cũng là một bài tập mà trị liệu tâm lý phải làm. Mình nói như vậy chắc mẹ sẽ đồng ý”. NTL phản hồi rằng T đã chọn giải pháp phù hợp và khuyến khích T nên thử giải pháp đó.

Tiếp theo bước thứ tư là thử các giải pháp. NTL hỏi rằng theo T thì sau khi lựa chọn được các giải pháp có ý nghĩa nhất, T sẽ làm gì? T bảo rằng chắc là thử giải pháp đó xem có thành công hay không. NTL phản hồi rằng đây là bước quan trọng vì nó sẽ cho biết sự thành công hay thất bại của các giải pháp.

NTL hướng dẫn T thực hiện bước thứ năm. NTL hỏi rằng sau khi thử các giải pháp thì T cần đánh giá điều gì? T trả lời “Chắc mình sẽ phải đánh giá xem giải pháp đó thành công hay thất bại. Xem mình đã thử thì có được hay không”. NTL phản hồi rằng chúng ta nên tiến hành đánh giá kết quả. Nếu như giải pháp tốt thì T sẽ làm gì? T bảo rằng “Lúc đó mình sẽ tự tin hơn vào bản thân, và sẽ có thói quen giải quyết những khó khăn bằng cách đưa ra nhiều giải pháp như thế này” NTL phản hồi rằng tuy nhiên không phải lúc nào các giải pháp đó đều thành công. Sẽ có lúc giải pháp đó sẽ thất bại thì lúc đó T sẽ làm gì? T trả lời: “Mình cũng không biết nữa, nếu không được thì thôi” NTL phản hồi nếu không thành công thì chúng ta sẽ nghĩ ra các giải pháp khác và thử lại. Dưới đây là bảng ghi lại toàn bộ năm bước mà T đã đưa ra:

Bảng 3.11. Thực hiện các bước vượt qua khó khăn của N.T.T

Hoạt động có lợi cho sức khỏe những chưa thực hiện được: Tham gia câu lạc bộ tình nguyện	
Bước 1: Cảnh trở	Bước 2: Các giải pháp
1. Sợ thời gian này câu lạc bộ không có phong trào mới để tham gia.	Cứ đến đó nếu có thì tham gia không thì sẽ về.
	Gọi điện trực tiếp chủ nhiệm câu lạc bộ hỏi đang có hoạt động gì mới và ngỏ ý muốn tham gia
	Hỏi bạn bè đang tham gia về thông tin của câu lạc bộ đó
2. Sợ mẹ không đồng ý cho tham gia vì đang bị bệnh	Xin phép mẹ đi ra ngoài nhưng không nói rằng đi hoạt động từ thiện
	Nhờ bạn bè đến xin giúp
	Thuyết phục mẹ rằng vẫn đảm bảo sức khỏe và hoạt động này có thể giúp mình vượt qua trầm cảm vì mình yêu thích nó
3. Trước kia hay đi làm từ thiện cùng nhóm với bạn thân nhưng giờ sợ bạn không có thời gian đi với mình.	Gọi điện và hẹn trước với mọi người
	Cứ đi đến đó, gặp được ai thì làm với người đó
	Đi một mình và làm toàn bộ công việc của nhóm nếu họ không đi.
Bước 3: Chọn giải pháp có ý nghĩa nhất:	
1. Gọi điện trực tiếp hỏi chủ nhiệm câu lạc bộ	
2. Thuyết phục mẹ cho đi khi đảm bảo sức khỏe và cho mẹ thấy hoạt động đó có lợi cho sức khỏe	
3. Gọi điện và hẹn trước với mọi người	
Bước 4: Thử giải pháp:	
Bước 5: Đánh giá kết quả và định hướng tiếp theo:	
Sẽ chờ đợi kết quả thành công hay thất bại, nếu thất bại sẽ thử các giải pháp khác.	

Cuối cùng, NTL và T cùng ôn lại nội dung đã học, đánh giá điểm tâm trạng nhanh thì T cũng ở mức ban đầu là 7 điểm vì cô ấy bảo mức đó là mức khá thoải mái cho T lúc này rồi. Sau đó cô ấy bảo phần cô ấy thích nhất là các đưa ra các giải pháp và lựa chọn các giải pháp để thực hiện. NTL hướng dẫn bài tập về nhà là thực hiện các giải pháp đã đưa ra, đo tâm trạng trước và sau khi thực hiện các giải pháp NTL hẹn thời gian buổi trị liệu tiếp theo.

Buổi 4: Cũng như các buổi trị liệu khác, NTL và T thảo luận bài tập về nhà. T kể rằng tuần trước có thực hiện giải pháp là thuyết phục mẹ T cho đi làm từ thiện. Lúc đầu mẹ ngăn cản nhưng sau đó T bảo rằng mình yêu thích và sẽ nhanh khỏi bệnh nếu được tham gia các hoạt động đó. T bảo lúc đó tâm trạng T rất vui khi mẹ đồng ý, khoảng được 9 điểm đầy và T đã có một ngày làm tình nguyện viên rất vui với các em thiếu nhi bị bệnh tim. T bảo rằng dạo này cũng khá bận rộn vì câu lạc bộ tình nguyện giao cho T làm những hạc giấy, hoa giấy cho các em thiếu nhi chơi. Buổi này, điểm tâm trạng của cô cũng được 7 điểm và T có vẻ hào hứng với nội dung mới của buổi trị liệu. Đầu tiên, NTL hướng dẫn T cách cân bằng các hoạt động. NTL giới thiệu có các loại hoạt động thể hiện trách nhiệm của bản thân đối với gia đình, xã hội và hoạt động bản thân thích làm. NTL hướng dẫn bệnh nhân ghi lại các hoạt động trên vào bảng như sau:

Bảng 3.12. Các hoạt động trách nhiệm và bản thân thích làm của N.T.T

Các loại hoạt động	Thể hiện trách nhiệm	Bản thân thích làm
Dọn dẹp nhà cửa	x	
Tập Yoga		x
Đi dạy	x	

NTL nói rằng sự không cân bằng trong các hoạt động là yếu tố ảnh hưởng đến việc thay đổi cảm xúc là chúng ta thực hiện quá nhiều các hoạt động trong một loại nói trên mà chúng ta không thực hiện các hoạt động của cả hai loại trên. Tất nhiên, một số các hoạt động là cần thiết trong cuộc sống. Nhưng để cảm thấy hạnh phúc và có một cuộc sống tốt, hầu hết mọi người cần một sự kết hợp của các hoạt động khác nhau.

NTL: T có cảm nhận như thế nào nếu mình thực hiện hoạt động thể hiện trách nhiệm nhiều hơn và sẽ như thế nào khi mình thực hiện hoạt động bản thân thích làm nhiều hơn?

T trả lời: “Nếu thực hiện hoạt động thể hiện trách nhiệm nhiều hơn chắc sẽ rất căng thẳng và áp lực, không có thời gian giành cho bản thân còn nếu thể hiện hoạt

động bản thân thích làm nhiều hơn thì không thể làm được những công việc mình phải làm, mình sẽ bỏ bê và bị mọi người khiển trách và cho rằng thiếu trách nhiệm”

NTL: theo T nếu nghiêng về các hoạt động thể hiện trách nhiệm nhiều không có thời gian làm công việc mình yêu thích còn nếu nghiêng về các hoạt động bản thân thích thì sẽ bỏ bê công việc. NTL hỏi T như vậy để không có cảm giác đó thì T cần phải giải quyết như thế nào?

T trả lời: “Mình cần phải biết cân đối giữa hai hoạt động đó, có làm việc thì cũng phải có thời gian thư giãn, làm những việc mình yêu thích”.

NTL phản hồi đó là lý do vì sao mình phải biết cân bằng các hoạt động.

NTL hướng dẫn T cân bằng các hoạt động tương lai bằng cách điền vào ô trống các hoạt động mà T dự định làm trong tương lai. Sau đó NTL hỏi T rằng có cảm nhận như thế nào?

T trả lời: “Mình thấy làm như vậy mình có thể làm chủ được cuộc sống của mình, mình bị trầm cảm như thế một phần cũng là do công việc trách nhiệm chiếm nhiều thời gian, áp lực nặng nề. Giờ mình sẽ biết tự cân đối công việc hơn để cơ thể không mệt mỏi nữa”.

NTL nói rằng một vấn đề nữa thường gặp với người trầm cảm là khi họ làm gì đó thì họ sẽ đánh giá thấp mức độ thích thú hoạt động của họ. Họ sẽ có suy nghĩ rằng làm điều đó cũng chẳng có ích lợi gì. Do vậy chúng ta không thể đợi cho đến lúc họ thích thú mới thực hiện hoạt động được. Để giải quyết điều này chúng ta sẽ thực hiện phương pháp sau:

NTL hướng dẫn T đưa ra một hoạt động cụ thể mà T thực hiện trong những ngày vừa qua và dự đoán mức độ thích thú trước và sau khi thực hiện hoạt động và ghi vào bảng như sau:

Bảng 3.13. Đánh giá mức độ thích thú trước và sau hoạt động của bệnh N.T.T

Đưa ra một hoạt động cụ thể mà anh/ chị thực hiện trong những ngày vừa qua: Đi tập Yoga			
Anh/chị hãy tưởng tượng lại thời điểm ngay trước khi thực hiện hoạt động đó, dự đoán sự thích thú về hoạt động đó ở mức độ nào?			
Rất thích thú	Thích thú	Trung bình	Ít thích thú
Anh/chị nhớ lại sau khi thực hiện hoạt động đó anh/chị thích thú như thế nào?			
Rất thích thú	Thích thú	Trung bình	Ít thích thú

NTL: cảm nhận của T sau khi hoàn thành bảng đánh giá này?

T: “Mình thấy trước khi thực hiện thì cũng bình thường nhưng sau khi thực hiện thì thấy rất thích thú”

NTL: phản hồi như vậy mặc dù trước khi thực hiện tập Yoga, T tiên đoán mức độ thích thú là trung bình nhưng sau khi thực hiện, mức độ thích thú của T là thích thú điều đó có nghĩa là việc dự đoán mức độ thích thú của T trước khi thực hiện hoạt động sẽ không phù hợp với thực tế của nó.

Cuối cùng, NTL cùng T ôn lại nội dung của buổi trị liệu, đánh giá tâm trạng nhanh của T bây giờ là 8 điểm. T cảm thấy phần thích nhất là cân bằng các hoạt động. NTL hướng dẫn bài tập về nhà đó là chọn các hoạt động trách nhiệm và hoạt động bản thân yêu thích, thực hiện các hoạt động đó. Đánh giá mức độ thích thú trước và sau khi thực hiện các hoạt động đó. Sau đó NTL nhắc nhở T rằng buổi tiếp theo là buổi cuối cùng của trị liệu và hẹn thời gian cho buổi tiếp theo.

Buổi 5: Trong buổi này, NTL và T cùng điếm qua những khó khăn của việc làm bài tập về nhà. T bảo rằng có một công việc mà trước khi mình làm dự đoán thích thú là rất thích nhưng sau khi làm xong thì thấy cũng không thích lắm. NTL phản hồi điều đó càng khẳng định việc dự đoán và thực tế sẽ khác nhau rất nhiều. Nhưng quan trọng là chúng ta phải thử xem nó có diễn ra đúng như chúng ta nghĩ không? Có những việc chúng ta nghĩ rằng sẽ rất thích nhưng khi làm thì thấy không thích lắm, nhưng có mà chúng ta nghĩ rằng không muốn làm nhưng khi làm thì rất thích thú. Buổi này tâm trạng của T được 6 điểm.

NTL: sau 9 buổi trị liệu bây giờ tâm trạng T như thế nào?

T trả lời: “Sau hơn 1 tháng được trị liệu tâm lý bây giờ mình cảm thấy khá hơn, tâm trạng không còn buồn chán như trước nữa, mình nghĩ bây giờ mình sẵn sàng chuẩn bị để tiếp tục đi dạy”.

NTL chúc mừng và động viên T, sau đó NTL hỏi rằng trong thời gian qua T đã thực hiện một số hoạt động và có những suy nghĩ tiêu cực, vậy vai trò của T như thế nào trong việc này? T bảo rằng: “Mình nghĩ mình bị trầm cảm là do mình suy nghĩ quá nhiều, không tham gia vào hoạt động có ích nên càng trầm cảm điều quan trọng là biết cố gắng, vượt qua trầm cảm”.

NTL hướng dẫn T ghi lại các vấn đề vào bảng dưới đây, các hoạt động đã làm và các suy nghĩ đã thay đổi trong thời gian qua, trong việc thực hiện các hoạt động, các suy nghĩ đó thì bản thân T đóng góp bao nhiêu %:

Bảng 3.14. Các hoạt động đóng góp vào sự thành công vượt qua trầm cảm của N.T.T

Các hoạt động đã thực hiện và suy nghĩ đã thay đổi	% Đóng góp của bản thân vào sự thành công
--	---

Tham gia câu lạc bộ từ thiện	70%
Suy nghĩ mình không phải là một giảng viên vô trách nhiệm	50%
Mình không phải là người vô dụng	60%
Học tiếng Nhật, tập Yoga	80%

NTL phản hồi rằng với sự cố gắng vươn lên, kiến thức và kinh nghiệm của bản thân đã giúp T vượt qua trầm cảm. Thời gian tới, trong cuộc sống sẽ có những tình huống, những sự kiện làm cho T trở nên buồn. NTL hướng dẫn T nhớ lại những tình huống nào có nguy cơ sẽ làm T trầm cảm và ghi vào bảng như sau:

Bảng 3.15. Xác định tình huống nguy và mức độ tâm trạng của N.T.T

Tình huống làm tâm trạng buồn chán	Liên quan đến cảm giác chán nản	Nếu gặp lại tình huống này thì cảm giác chán nản sẽ như thế nào?
Khi cãi nhau với em gái	x	Hơi buồn
Ở nhà một mình	x	Rất buồn
Nhiệm vụ được giao quá nhiều không thể hoàn thành	x	Rất buồn
Khi bị mẹ mắng vì không tiếp tục đi dạy	x	Hơi buồn

NTL phản hồi rằng với các tình huống có nguy cơ làm cho T buồn và làm cho tình trạng trầm cảm nặng hơn. NTL hỏi T nếu trong tương lai gặp lại tình huống đó với kinh nghiệm và kiến thức đã thu được trong các buổi trị liệu thì bạn sẽ có giải pháp nào để vượt qua? NTL hướng dẫn bệnh nhân ghi vào bảng sau:

Bảng 3.16. Xác định giải pháp và tự tin vượt qua trầm cảm của N.T.T

Tình huống nguy cơ cao	Các giải pháp vượt qua	Tự tin vượt qua
Cãi nhau với em gái	Thư giãn, nói chuyện bình tĩnh với em gái	70%
Ở nhà một mình	Rủ bạn bè đến chơi	60%
Khi bị mẹ mắng khi không muốn đi dạy	Nói chuyện với mẹ để mẹ hiểu những khó khăn và nỗi sợ hãi khi tiếp tục đi dạy. Sau đó nhờ mẹ động viên, giúp đỡ để giải quyết những khó khăn đó.	50%
Nhiệm vụ được giao quá nhiều không thể hoàn thành	Nhờ đồng nghiệp giúp đỡ, chia sẻ công việc để có thể hoàn thành	50%

NTL phản hồi rằng rất tốt khi T có thể đưa ra các giải pháp để vượt qua tình huống đó và có tỉ lệ vượt qua trầm cảm rất cao điều đó sẽ nâng cao sự tự tin của T

vào bản thân có thể vượt qua. NTL nói về tầm quan trọng của việc thực hành, việc thực hành thường xuyên các bài tập rất có ý nghĩa trong việc phòng chống trầm cảm trong tương lai. Và NTL hỏi rằng nếu có tình huống khiến tâm trạng buồn chán mà bạn dùng các giải pháp nhưng không vượt qua được thì phải làm thế nào? T trả lời cô ấy sẽ tìm đến sự giúp đỡ của NTL, bác sĩ để có thể vượt qua. T đánh giá tâm trạng nhanh sau buổi trị liệu được 8 điểm, ôn lại nội dung của buổi trị liệu và có một tiệc chia tay nhỏ giữa NTL và T.

* Trong quá trình trị liệu với bệnh nhân N.T.T chúng tôi nhận thấy rằng yếu tố đóng góp làm cho bệnh nhân có rối loạn trầm cảm chính là do bệnh có những suy nghĩ tiêu cực về bản thân, cảm giác tội lỗi đã làm cho bệnh nhân thấy buồn chán.

Muốn giảm được trầm cảm thì bệnh nhân cần phải thay đổi suy nghĩ tiêu cực đó, hình thành những suy nghĩ hợp lý. Vì vậy nên chúng tôi thấy rằng kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức tỏ ra có hiệu quả đối với trường hợp của N.T.T, sau khi bệnh nhân không còn những suy nghĩ tiêu cực nữa thì chúng tôi sử dụng kỹ thuật hoạt hóa hành vi để khuyến khích bệnh nhân tham gia vào các hoạt động, giúp bệnh nhân có được sự thích thú trong công việc từ đó bệnh nhân vượt qua được trầm cảm.

3.3.3. Đánh giá chung hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn trầm cảm cho N.T.T.

Trong quá trình trị liệu chúng tôi nhận thấy rằng cần phải áp dụng một cách linh hoạt hai kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức và hoạt hóa hành vi cho bệnh nhân N.T.T. để đạt được hiệu quả trị liệu. Tuy bệnh nhân có đặc điểm là có rối loạn trầm cảm nhưng bệnh nhân có những vấn đề nhận thức, hành vi riêng nên dựa vào định hình từng trường hợp để có thể biết được nguyên nhân về nhận thức hay hành vi là yếu tố góp phần làm phát triển tình trạng trầm cảm của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân có vấn đề về nhận thức, suy nghĩ là yếu tố chính góp phần làm trầm cảm thì chúng tôi sẽ ưu tiên kỹ thuật tái cấu trúc làm kỹ thuật chủ chốt trong trị liệu và kỹ thuật hoạt hóa hành vi, kỹ thuật thư giãn sẽ là kỹ thuật hỗ trợ để giúp bệnh nhân vượt qua trầm cảm. Và ngược lại, nếu vấn đề về hành vi là yếu tố chính góp phần làm trầm cảm thì chúng tôi ưu tiên kỹ thuật hoạt hóa hành vi trong trị liệu. Điều này rất quan trọng vì thực tế bệnh nhân đến với NTL là cần đến sự hỗ trợ kịp thời và mong muốn vấn đề của mình được giải quyết nhanh chóng vì vậy các buổi đầu tiên cần phải giúp bệnh nhân thấy được hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi đó là động lực để bệnh nhân có thể tiếp tục trị liệu ở các buổi tiếp theo. Muốn giúp bệnh nhân thấy được hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi thì chúng ta cần hiểu vấn đề của

bệnh nhân là gì khi đó sẽ lựa chọn kỹ thuật để trị liệu sẽ có hiệu quả hơn là chúng ta áp dụng cứng nhắc quy trình trị liệu từ đầu đến cuối mà không quan tâm rằng bệnh nhân không quan tâm đến những điều mà NTL đang nói. Trường hợp của bệnh nhân T là một trường hợp có vấn đề về nhận thức hơn là hành vi. Những suy nghĩ không hợp của T là mấu chốt của vấn đề trầm cảm và nó kéo theo hành vi không hợp lý của T: Suy nghĩ tiêu cực → chán nản, mệt mỏi → không muốn hoạt động. Vì vậy NTL xác định rằng chỉ cần giải quyết được vấn đề ưu tiên là T đang có những suy nghĩ không hợp lý thì sẽ giải quyết được vấn đề về hành vi. Và sự thật là sau những buổi trị liệu kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức tình trạng trầm cảm của T đã giảm, T gần như trút bỏ được những suy nghĩ tiêu cực về bản thân, tâm trạng nhẹ nhàng hơn nên khi đến phần hoạt hóa hành vi thì cũng là lúc trong suy nghĩ cô ấy có những dự định cho công việc sắp tới, cô ấy có hứng thú để nói về các hoạt động, tâm trạng vui vẻ phấn khích hơn khi lên kế hoạch hoạt động. Nhưng nếu như không ưu tiên trị liệu tái cấu trúc nhận thức mà ưu tiên kỹ thuật hoạt hóa hành vi thì cô ấy sẽ không có hứng thú, không có động lực để lên kế hoạch thực hiện các hoạt động khi trong đầu cô ấy vẫn còn suy nghĩ tiêu cực về bản thân, mọi sự tập trung chú ý của cô ấy hiện giờ đó là những suy nghĩ tiêu cực đó. Hơn nữa, khi giải quyết được vấn đề về nhận thức thì T có động lực hơn để tiếp tục những buổi trị liệu tiếp theo vì T thấy hiệu quả rõ rệt của liệu pháp nhận thức hành vi mang lại và T cũng chờ đợi những buổi tiếp theo cũng có hiệu quả như vậy.

Có thể khẳng định rằng, trong quá trình triển khai điều trị, nếu bệnh nhân không tuân thủ trị liệu nên chưa có hiệu quả trong trị liệu nhận thức hành vi cũng là một điều dễ hiểu, vì thông thường những bệnh nhân trầm cảm là vì có những suy nghĩ không hợp lý, có những hành vi tiêu cực, thiếu các kỹ năng sống mà nếu không được học các kỹ năng đó thì tình trạng trầm cảm sẽ vẫn còn mặc dù có uống thuốc nhưng nguy cơ tái phát trầm cảm sẽ rất cao. Những bệnh nhân tham gia trị liệu đầy đủ sẽ có sự giảm nhanh các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm như: cảm giác buồn chán, mất quan tâm, hứng thú, mau mệt mỏi và giảm triệu chứng nhận thức như ý tưởng tự ti, không xứng đáng, bi quan về tương lai, giảm tự tin hơn những bệnh nhân không tuân thủ trị liệu. Cùng một kỹ thuật nhận thức hành vi giống nhau nhưng đối với từng bệnh nhân cụ thể thì chúng tôi đã áp một cách linh hoạt không giống nhau để làm tăng tính hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi.

Trong quá trình trị liệu cho bệnh nhân T, năng lực của nhà trị liệu ảnh hưởng nhiều đến hiệu quả điều trị bệnh trầm cảm. Sự am hiểu về các liệu pháp nhận thức

hành vi, chuyên môn về tâm lý và những dấu hiệu, triệu chứng của bệnh trầm cảm... qua đó đề xuất một lộ trình điều chỉnh phù hợp với bệnh nhân T. Những thay đổi tích cực trong quá trình điều trị cho bệnh nhân T cho thấy sự nhiệt tình và năng lực chuyên môn của nhà trị liệu.

Tiểu kết chương 3

Trong chương này, chúng tôi đánh giá hiệu quả sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi đối với bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm tại BVTTLA. Kết quả nghiên cứu tại chương 3 cho thấy tác dụng rõ rệt của liệu pháp nhận thức - hành vi trong điều trị rối loạn trầm cảm. Bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm nếu vừa áp dụng liệu pháp hóa dược vừa áp dụng liệu pháp nhận thức – hành vi sẽ giảm rõ rệt về biểu hiện lâm sàng của bệnh và về điểm đánh giá trên thang Beck so với bệnh nhân chỉ áp dụng liệu pháp hóa dược. Hiệu quả của việc sử dụng kết hợp hai liệu pháp này thể hiện ổn định qua đánh giá sau 4 tuần và 8 tuần của đợt trị liệu.

Nghiên cứu trường hợp điển hình của bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm cho thấy bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp nhận thức hành vi đều có sự biến chuyển tích cực hơn trong điều trị bệnh trầm cảm, so sánh với các trường hợp chỉ dùng hóa dược thì sự biến chuyển với khoảng cách lớn hơn theo hướng tích cực. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng hiệu quả sử dụng liệu pháp nhận thức - hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn trầm cảm tại Bệnh viện Tâm thần Long An phụ thuộc vào năng lực của nhà trị liệu, sự hợp tác của bệnh nhân trầm cảm, sự thừa nhận của họ về tình trạng của bản thân.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. Kết luận

Trên cơ sở nghiên cứu lý luận về rối loạn cảm xúc và trị liệu tâm lý, luận văn đã xây dựng mô hình sử dụng liệu pháp nhận thức – hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc. Liệu pháp nhận thức hành vi là mô hình trị liệu tâm lý dựa trên thay đổi nhận thức, tư duy sai lệch để thay đổi hành vi kém thích nghi. Bản chất của liệu pháp nhận thức hành vi là tái cấu trúc nhận thức cho người mắc rối loạn cảm xúc, hình thành những suy nghĩ mới tích cực hơn và khuyến khích họ tham gia các hoạt động để từ đó bệnh nhân có thể vượt qua những rối loạn trong cảm xúc.

Để đánh giá hiệu quả sử dụng liệu pháp nhận thức – hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc, đặc biệt là bệnh nhân rối loạn trầm cảm, chúng tôi thực hiện thực nghiệm so sánh giữa nhóm bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm ở Bệnh viện Tâm thần Long An nhưng chỉ sử dụng liệu pháp hóa dược và nhóm bệnh nhân sử dụng kết hợp liệu pháp hóa dược và liệu pháp nhận thức – hành vi. Đồng thời chúng tôi cũng thực hiện nghiên cứu trường hợp điển hình của một bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm được trị liệu tâm lý bằng liệu pháp nhận thức – hành vi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tác dụng rõ rệt của liệu pháp nhận thức – hành vi trong điều trị rối loạn trầm cảm. Bệnh nhân mắc rối loạn trầm cảm nếu vừa áp dụng liệu pháp hóa dược vừa áp dụng liệu pháp nhận thức – hành vi sẽ giảm rõ rệt về biểu hiện lâm sàng của bệnh và về điểm đánh giá trên thang Beck so với bệnh nhân chỉ áp dụng liệu pháp hóa dược. Hiệu quả của việc sử dụng kết hợp hai liệu pháp này thể hiện ổn định qua đánh giá sau 4 tuần và 8 tuần của đợt trị liệu. Nghiên cứu trường hợp điển hình cho thấy bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp nhận thức hành vi đều có sự biến chuyển tích cực hơn trong điều trị bệnh trầm cảm, so sánh với các trường hợp chỉ dùng hóa dược thì sự biến chuyển với khoảng cách lớn hơn theo hướng tích cực. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng hiệu quả sử dụng liệu pháp nhận thức – hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn trầm cảm tại Bệnh viện Tâm thần Long An phụ thuộc vào mức độ tuân thủ trị liệu của bệnh nhân và năng lực của người trị liệu.

2. Kiến nghị

2.1. Kiến nghị với Bệnh viện Tâm thần Long An

Để nâng cao hiệu quả điều trị trầm cảm cho bệnh nhân ở Bệnh viện tâm thần Long An thì bên cạnh việc điều trị bằng thuốc chống trầm cảm cần nên cho bệnh nhân trị liệu tích cực bằng liệu pháp nhận thức hành vi, cần tạo ra nhiều hoạt động khuyến

khích bệnh nhân tham gia. Việc bệnh nhân ngồi một chỗ, nằm ngủ nhiều sẽ làm cho bệnh nhân cảm thấy chán nản và mệt mỏi hơn.

Liệu pháp nhận thức hành vi nên áp dụng một cách linh hoạt cho từng đối tượng. Các bài tập cần được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu, minh họa sinh động giúp cho bệnh nhân có hứng thú để thực hành. Nhà trị liệu cần phải có kiến thức về trị liệu, hiểu bản chất của liệu pháp nhận thức hành vi, có kỹ năng tư vấn, trò chuyện để việc trị liệu có hiệu quả hơn.

Việc trị liệu nhận thức hành vi đòi hỏi cần có phòng riêng yên tĩnh, sạch sẽ, kín đáo để đảm bảo cho bệnh nhân cảm thấy tin tưởng và yên tâm trị liệu.

Nên tập huấn về liệu pháp nhận thức hành vi cho các bác sĩ chuyên khoa tâm thần, cán bộ tâm lý để có thể áp dụng rộng rãi trong điều trị trầm cảm.

Việc điều trị trầm cảm ở bệnh viện cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa cán bộ tâm lý, các bác sĩ và gia đình bệnh nhân để có thể giúp bệnh nhân có sự tuân thủ trị liệu để vượt qua trầm cảm.

2.2. Kiến nghị đối với gia đình bệnh nhân

Gia đình vừa là nguyên nhân vừa là điểm tựa quan trọng trong điều trị cho bệnh nhân trầm cảm thông qua liệu pháp nhận thức hành vi. Người thân và gia đình cần chặt chẽ phối hợp với các nhà trị liệu tâm lý, cung cấp thông tin và thực hiện các nội dung liên quan đến quá trình trị liệu. Bên cạnh đó, các thành viên trong gia đình cần tạo ra một môi trường thuận lợi nhất giúp người bệnh dễ dàng hòa nhập, tìm được điểm tựa khi có những tiến triển trong quá trình trị liệu.

2.3. Kiến nghị đối với các nhà tâm lý trị liệu

Đối với các nhà tâm lý trị liệu, cần nghiên cứu kỹ lưỡng, cụ thể từng trường hợp của bệnh nhân trầm cảm, thấu hiểu nguyên nhân dẫn đến bệnh trầm cảm ở bệnh nhân. Đồng thời, nắm chắc chuyên môn tâm lý nói chung và liệu pháp nhận thức hành vi nói riêng, vận dụng, phối hợp với các biện pháp, liệu pháp khác để hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân trầm cảm hiệu quả nhất.

2.4. Kiến nghị với truyền thông

Truyền thông cần nâng cao tuyên truyền hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi trong điều trị rối loạn cảm xúc nói chung và trầm cảm nói riêng trên các kênh thông tin đại chúng, đặc biệt trong cách mạng công nghiệp 4.0. Bên cạnh đó, chúng ta cần tạo ra những thang đo đơn giản để hướng dẫn người dân tự test tâm lý của bản thân nhằm xác định được tình trạng tâm lý hiện tại của mình.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. TIẾNG VIỆT

1. Aaron T.Beck (2008) , “*Thuyết nhận thức*”, Nxb Thế giới, Thành phố Hồ Chí Minh (tr. 248 – 251).
2. Huỳnh Hồ Ngọc Anh (2012), *Tác động của trị liệu nhận thức - hành vi đến học sinh trung học phổ thông có rối loạn lo âu dựa trên định hình trường hợp*, luận văn thạc sĩ Tâm lý, Trường Đại Học Giáo Dục Hà Nội.
3. Võ Văn Bản (2002), *Thực hành điều trị tâm lý*, Nxb Y học Hà Nội.
4. Bệnh viện Tâm thần Thành Phố HCM (2000), *Tài liệu về trị liệu nhận thức hành vi, lưu hành nội bộ*.
5. Trần Hữu Bình (2008), “*Rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân mắc bệnh thực thể*”, Tạp chí Y học lâm sàng, tr.15-19.
6. Bộ môn Tâm Thần Học (2016), *Tâm Thần Học*, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Lưu hành nội bộ, Tp. HCM.
7. Bộ Y tế (2008), “*Tài liệu số 16 – Phục hồi chức năng tâm thần dựa vào cộng đồng*”, Bộ Y tế, 16, tr. 3-14.
8. Bệnh viện Tâm thần Long An (2019), *Báo cáo điều trị bệnh nhân*, Long An.
9. Vũ Dũng (chủ biên) (2008), *Từ điển Tâm lý học*, Nxb từ điển Bách Khoa.
10. Vũ Dũng (2012), *Từ điển thuật ngữ Tâm lý học*, Nxb từ điển Bách Khoa.
11. Nguyễn Bá Đạt (2002), “*Bước vào con đường nghiên cứu trị liệu tâm lý đối với rối loạn trầm cảm*”, tạp chí tâm lý học (11), tr 37.
12. Nguyễn Hải Đăng (2018), *Cảnh báo thực trạng sức khỏe tâm thần ở Việt Nam*, Tạp chí Sức khỏe (08)
13. Trần Minh Đức (2011), *Giáo Trình tham vấn Tâm lý*, Nxb Đại Học Quốc Gia Hà Nội.
14. Đặng Hoàng Hải (2003), “*Đánh giá hiệu quả của biện pháp hướng dẫn trong điều trị trầm cảm tại Trung tâm sức khỏe Tâm thần Thành phố Hồ Chí Minh*”, Thư viện Bệnh viện Tâm thần TP.HCM.
15. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2008), “*Tỷ lệ và các yếu tố liên quan của rối loạn trầm cảm ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh*”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, số 13, tr. 87-91.
16. Trần Như Minh Hằng (2012), *Nghiên cứu hiệu quả của nhận thức hành vi và các yếu tố liên quan trong điều trị bệnh nhân trầm cảm*, Luận án tiến sĩ y khoa, Trường Đại Học Y Hà Nội.

17. Đinh Đăng Hòa (1997), *Tập tài liệu tâm bệnh học*, Nxb Y học.
18. Nguyễn Công Khanh (2000), *Tâm lý trị liệu*, Nxb Đại Học Quốc Gia Hà Nội.
19. Đặng Bá Lâm, Weiss Bahr (đồng chủ biên) (2007), *Giáo dục tâm lý và sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam – Một số vấn đề lý luận và thực tiễn liên ngành*, Nxb Đại học Quốc Gia Hà Nội.
20. Hoàng Khải Lập (2005), *Giáo trình dịch tễ học y học*, Nxb y học.
21. Trương Văn Lợi (2013), *Ứng dụng liệu pháp hoạt hóa hành vi can thiệp cho bệnh nhân trầm cảm đang điều trị tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương I*, Luận văn Thạc sĩ Tâm lý học, Đại học Quốc gia Hà Nội.
22. Trần Văn Mau (2001), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân trầm cảm bằng liệu pháp kích hoạt hành vi tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II*, Trường Đại học y dược Huế.
23. Nguyễn Văn Nuôi (2005), *Các rối loạn lo âu, Bộ môn tâm thần học, Đại Học Dược TP.Hồ Chí Minh*, Nxb Y Học.
24. Trần Việt Nghị (chủ biên) (2003), *Các rối loạn lo âu liên quan tới stress và điều trị trong tâm thần*. Nxb Đại học Y Hà Nội.
25. Trần Việt Nghị (2004), “*Nghiên cứu dịch tễ - lâm sàng rối loạn trầm cảm tới một số quần thể cộng đồng*”, Hội thảo quốc gia Chăm sóc sức khỏe tâm thần và phòng chống tự tử, tr. 76-83.
26. Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004), *Trắc nghiệm Tâm lý lâm sàng*, NXB Quân đội nhân dân.
27. Nguyễn Thị Hằng Phương (2008), *Nghiên cứu nguyên nhân gây ra rối loạn lo âu ở học sinh phổ thông chuyên Quảng Bình*, luận văn Thạc Sĩ Tâm Lý, Đại Học Khoa Học Xã Hội Nhân Văn Hà Nội.
28. Nguyễn Văn Siêm (2010), “*Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng rối loạn trầm cảm tại một xã đồng bằng sông Hồng*”, Tạp chí Y học thực hành, Số 5, tr. 71-74.
29. Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh (2018), *Báo cáo thực trạng sức khỏe tâm thần ở trẻ vị thành niên*.
30. Lê Thị Minh Tâm (2012), *Tiếp cận trị liệu nhận thức hành vi*, Nxb thời đại.
31. Lê Thị Minh Tâm (2015), *Tiếp cận trị liệu nhận thức hành vi phối hợp giữa lý thuyết và thực hành áp dụng trong tham vấn tâm lý và hỗ trợ sức khỏe tinh thần*, sách chuyên khảo.

32. Ngô Thị Minh Tâm (2013), *Bước đầu áp dụng liệu pháp nhận thức hành vi cho bệnh nhân có rối loạn trầm cảm ở Bệnh viện Tâm thần Huế*, Luận văn Thạc sĩ Tâm lý học, Trường Đại học Giáo dục Đại học Quốc gia Hà Nội
33. Tintle N (2011), *Các rối loạn cảm xúc ở phụ nữ sau sinh*, Nxb Thế giới, Tp. HCM.
34. Khoản Trung Tín (2012), *Tiếp cận kỹ thuật liệu pháp nhận thức hành vi trong tiến trình nâng đỡ trường hợp trầm cảm*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Văn Hiến TPHCM.
35. Nguyễn Việt Thêm, Trần Việt Nghi, Lã Thị Bưởi và cộng sự (2001), “*Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng các rối loạn trầm cảm tại một số quần thể cộng đồng*”, Nội san Tâm thần học Hà Nội, tr.19-23.
36. Nguyễn Văn Thọ (1998 - 2000), *Xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tâm lý - tâm thần cho học sinh phổ thông ở Đồng Nai*, Nội san – Tâm Thần (12) – Bệnh viện Tâm thần Trung Ương II.
37. Nguyễn Văn Thọ (2011), *Giáo trình Tâm lý học*, Đại Học Văn Hiến Tp. HCM, Lưu hành nội bộ.
38. Nguyễn Văn Thọ (2014), *Tâm bệnh học người lớn*, Đại học Văn Hiến, Lưu hành nội bộ, Tp.HCM.
39. Lương Hữu Thông (2005), *Sức khỏe Tâm thần và các rối loạn tâm thần thường gặp*, NXB Lao Động.
40. Nguyễn Hoài Thu (2019), *Tình trạng trầm cảm ở Việt Nam hiện nay*, Bệnh viện Vinmec, Hà Nội.
41. Nguyễn Thị Hồng Thúy, Trần Thành Nam, Cao Vũ Hùng, Đặng Hoàng Minh (2007), *Bước đầu áp dụng mô hình trị liệu nhận thức hành vi (CBT) cho trẻ em có rối loạn lo âu, giáo dục, tâm lý và sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam*. Nxb Đại Học Quốc Gia, Hà Nội.
42. Lâm Tứ Trung (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân trầm cảm bằng liệu pháp kích hoạt hành vi tại Bệnh viện tâm thần thành phố Đà Nẵng*, Luận án chuyên khoa II-Tâm thần học, Đại học Y Hà Nội.
43. Giang Ngọc Thụy Vi (2016), *Nhận thức của thân chủ trầm cảm về biểu hiện, nguyên nhân và cách điều trị rối loạn này*, Luận văn thạc sĩ tâm lý học, Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội
44. Nguyễn Khắc Viện (2001), *Từ điển tâm lý*, Nxb Văn Hóa Thông Tin.
45. WHO (2010), *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 - ICD 10*, Nxb Trẻ.
46. WHO (2016), *Báo cáo sức khỏe tâm thần thế giới*.

B. TIẾNG ANH

47. Albano, Chorpita, & Barlow (2003), *Childhood anxiety disorders*, London.
48. American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth edition.
49. Ananda B. Amstadter, Trinh Luong Tran et al (2009), *Posttyphoon prevalence of posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, panic disorder, and generalized anxiety disorder in a Vietnamese sample*, London.
50. ASEAN Secretariat (2016), *Asean Mental Health Systems Jakarta*, December 2016, tr. 152 – 167.
51. Curwen B., Pallmer S., Ruddell P (2004), *Brief Cognitive Behaviour Therapy*, SAGE publications, London.
52. Dat Tan Nguyen, Christine Dedding, Tam Thi Pham, Pamela Wright, and Joske Bunders (2012). *Depression, anxiety, and suicidal ideation among Vietnamese secondary school students and proposed solutions: a cross-sectional study*.
53. Delgado P. L., Monero F.A. Scott B Patten (2006), “*Neurochemistry of mood disorders*”, *Textbook of mood disorders, vol 1*, Edited by D.J. Stain, D.J. Kufer and A.F. Schatzberg, American Psychiatric publishing, Inc, Washington DC.
54. Egede Leonard E., Charles Ellis (2010), “*Diabetes and depression: Global perspectives*”, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, (3), pp. 302-312.
55. Fava G. A., Ruini C. et al (2004), “*Six – Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurren Depression*”, *Am J Psychiatry*, tr 1872-1876
56. Fava G. A., Grandi S, et al (1996). “*Four- year Outcome for Cognitive Behavioral Treatment of Residual Symptoms in Major Depression*”, *Am J Psychiatry*
57. Friedman E. S., Thase M.E (2006). “*Cognitive – Behavioural Therapy for Depression and Dysthymia*” *Textbook of mood disorders*, Edited by D.J. Stain, D.J. Kuferand and A.F. Schatzberg, vol 2, American Psychiatric publishing, Inc, Washington DC.
58. Froggatt Wayne (2006). “*A Brief in troduction to Cognitive Behavioral therapy, stortford Lodge*”, Newzealand.
59. Gloaguen V., Cottraux V, Coucher J , Coucherat M et al (1998), “*A meta - analysis of the effects of Cognitive*” *Behavioural Therapy in post s depression Patiens*
60. Grande I, et al (2016), *Bipolar disorder, Lancet 387(10027)*, tr. 1561–1572.
61. Hollon S. D., and Kendall P. C. (1980). “*Cognnitive therapy and phammacotherapy for depression singly and in combition*”, *Arch Gen Psychiatry*, 49: 774- 781

62. Hollon. S (2005), *Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression*.
63. Laura A. Pratt, Debra J. Brody. (2008), “*Depression in the United States household population*”, 2005–2006, NCSH Brief, 7, pp. 1-8.
64. Loosen P. T., Jonh L. B, (2008). “*Mood Disorders*”, Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry, Edited by M. H. Ebert, P. T. Loosen and Barry nourcombe, second edition, McGraw- Hill Internatinal editions, 304- 349.
65. Madaan V., Daniel. R. Wilson (2009). “*Neuropeptids and relevance in treatment of depression and anxiety disoeders*”, Drug new perspect, 22 (6), 319 – 324.
66. Mann J. J., Stanley M., Mc Bride B. A., Mcewen P. S. (1986). “*Increased serotonin 2 and beta adrenergic receptor binding in frontal cortices of suicide victims*”, Arch Gen Psychiatry, 43: 954- 959.
67. Meyer J., Mc Neely HE, Segrati S, et al. (2006). “*Elevated putanmen D (2) receptor binding potential in major depression with motor retardiation: an [11C] raclopride positron emission study*”, Am J Psychiatry, 163 (9): 1594- 1602.
68. Miranda J., Woo S et al (2006). “*Group member Guidebook “Thuoght,activities, people and your mood, California, USA.”* Munoz R. F., Ippen C. G et al (2000). *Manual for group cognitive- Behavioural Therapy of Major Depression*, University of California, San Francisco.
69. Nancy A. B. (1996). “*Mood Disoeders*”, NMS Psychiatry, Edited by Joshur. T.Thornhill, Wiliams and Wilkins.
70. Niemi M, alqvist M, Giang KB, Allebeck P, FalkenbergT (2013). A narrative review of factors influencing detection and treatment of depression in Vietnam. Int J Ment Health Syst 2013, tr.15.
71. OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en [01 Sep 2015].
72. Ostacher M. J., Huffman J., Perlis. R, Nierenberg A.A, (2006). “*Evidence-based Pharmacotherapy of Major Depressive Disorder*”, Autralian and New Zealand Journal of psychiatry, 33: 70-76.
73. Pereira LP, et al (2017), *The relationship between genetic risk variants with brain structure and function in bipolar disorder: a systematic review of genetic-imaging studies*, J Neurbiorev, tr. 87-109.
74. Philip Kendall (1994), “*Co ping cat workbook*”.

75. Rossello' J., Bernal G (2007). "Treatment Manual for cognitive behavioral therapy for depression", University of Puerto Rico, Rio Piedras.
76. WHO (2001), *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*.
77. WHO (2008), *Mental Health Gap Action Pro-gramme: scaling up care for mental, neurological and sub-stance use disorders*. World Health Organization.
78. WHO (2012), *Depression*, Fact Sheet No 369. World Health Orga-nization: Media Centre.
79. WHO (2014), *Depression*, World Health Orga-nization Regional Office for the Eastern Mediterranean.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1

NGHIỆM PHÁP BECK ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM

Họ và tên :Tuổi:.....Văn hoá:.....

Nghề nghiệp :

Trong bảng này có 21 đề mục đánh số từ mục 1 đến mục 21 . Ở mỗi đề mục có ghi một số tự nhận xét về bản thân . Bạn hãy đọc cẩn thận tất cả các câu và chọn một câu mô tả gần giống nhất tình trạng mà bạn cảm thấy trong thời gian khoảng 2 tuần gần đây. Trong mỗi mục từ 1 đến 21 bạn chỉ được chọn một câu thích hợp nhất với bạn và bạn sẽ có một số điểm tương ứng. Sau khi hoàn thành 21 mục kể trên, bạn hãy cộng tổng số điểm đạt được. Căn cứ số điểm, bác sĩ sẽ đánh giá mức độ trầm cảm của bạn.

1. 0. Tôi không cảm thấy buồn.
 1. Nhiều lúc tôi cảm thấy buồn.
 2. Lúc nào tôi cũng cảm thấy buồn.
 3. Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh đến mức không thể chịu được.
2. 0. Tôi không nản lòng về tương lai.
 1. Tôi cảm thấy nản lòng về tương lai hơn trước.
 2. Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả.
 3. Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi
3. 0. Tôi không cảm thấy như bị thất bại.
 1. Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác.
 2. Nhìn lại cuộc đời, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại.
 3. Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại.
4. 0. Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường thích.
 1. Tôi ít thấy thích những điều mà trước đây tôi vẫn thường ưa thích.
 2. Tôi còn rất ít thích thú về những điều trước đây tôi vẫn thường thích.
 3. Tôi không còn chút thích thú nào nữa.
5. 0. Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả.
 1. Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội.
 2. Phần lớn thời gian tôi cảm thấy mình có tội.

3. Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội.
- 6.**
 0. Tôi không cảm thấy đang bị trừng phạt.
 1. Tôi cảm thấy có lẽ mình đang bị trừng phạt.
 2. Tôi mong chờ bị trừng phạt.
 3. Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt.
- 7.**
 0. Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia.
 1. Tôi không còn tin tưởng vào bản thân.
 2. Tôi thất vọng với bản thân.
- 8.**
 0. Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia.
 1. Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia.
 2. Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình.
 3. Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra.
- 9.**
 0. Tôi không có ý nghĩ tự sát.
 1. Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện.
 2. Tôi muốn tự sát.
 3. Nếu có cơ hội tôi sẽ tự sát.
- 10.**
 0. Tôi không khóc nhiều hơn trước kia.
 1. Tôi hay khóc nhiều hơn trước.
 2. Tôi thường khóc vì những điều nhỏ nhặt.
 3. Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được.
- 11.**
 0. Tôi không dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ.
 1. Tôi cảm thấy dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ.
 2. Tôi cảm thấy bòn chòn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được.
 3. Tôi thấy rất bòn chòn và kích động đến mức phải đi lại liên tục hoặc làm việc gì đó.
- 12.**
 0. Tôi không mất sự quan tâm đến những người xung quanh hoặc các hoạt động khác.
 1. Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước.
 2. Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh.
 3. Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa.
- 13.**
 0. Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước.
 1. Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước.
 2. Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều.

3. Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì nữa.
- 14.** 0. Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng.
 1. Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia.
 2. Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh.
 3. Tôi thấy mình là người hoàn toàn vô dụng.
- 15.** 0. Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sức lực như trước đây.
 1. Sức lực của tôi kém hơn trước.
 2. Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa.
 3. Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa.
- 16.** 0. Không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi. 1a. Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước.
 - 1b. Tôi ngủ hơi ít hơn trước.
 - 2a. Tôi ngủ nhiều hơn trước.
 - 2b. Tôi ngủ ít hơn trước.
 - 3a. Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày.
 - 3b. Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được.
- 17.** 0. Tôi không dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.
 1. Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.
 2. Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước rất nhiều.
 3. Lúc nào tôi cũng dễ cáu kỉnh và bực bội.
- 18.** 0. Tôi ăn vẫn ngon miệng như trước. 1a. Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước.
 - 1b. Tôi ăn ngon miệng hơn trước.
 - 2a. Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều.
 - 2b. Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều.
 - 3a. Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả.
 - 3b. Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn.
- 19.** 0. Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước.
 1. Tôi không thể tập trung chú ý được như trước.
 2. Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất kỳ điều gì.
 3. Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất kỳ điều gì nữa.
- 20.** 0. Tôi không mệt mỏi hơn trước.
 1. Tôi dễ mệt mỏi hơn trước.
 2. Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi.

3. Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì.
- 21.** 0. Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục.
 1. Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước.
 2. Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục.
 3. Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục.

Phụ lục 2

BẢNG PHÒNG VẤN CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Họ và tên:Tuổi:.....Văn hoá:.....

Nghề nghiệp:

Trong phiếu phỏng vấn dưới đây có 09 triệu chứng lâm sàng theo ICD-10 về bệnh trầm cảm, nhà lâm sàng đánh giá các triệu chứng xuất hiện ở bệnh nhân qua phỏng vấn lâm sàng dựa trên các triệu chứng theo ICD-10.

Triệu chứng	Có	Không
(1) Tâm trạng buồn bã, chán nản		
(2) Giảm hứng thú hay niềm vui trong gần như tất cả các hoạt động		
(3) Giảm hay tăng cân một cách đáng kể mà không phụ thuộc vào chế độ ăn		
(4) Mất ngủ hoặc ngủ quá mức		
(5) Quá kích động hoặc quá chậm chạp		
(6) Mệt mỏi hoặc mất năng lượng		
(7) Cảm giác vô dụng, tội lỗi quá mức hoặc ảo tưởng mỗi ngày		
(8) Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung, thiếu quyết đoán		
(9) Suy nghĩ thường xuyên về cái chết, có ý định tự tử lặp đi lặp lại nhiều lần		

Phụ lục 3:

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢN ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi tên là: Tuổi..... Giới tính.....

Địa chỉ:.....

Số điện thoại:.....

Sau khi được nghiên cứu viên giải thích về các phương pháp điều trị và mục đích nghiên cứu của đề tài ***“Sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi trong trị liệu tâm lý cho bệnh nhân rối loạn cảm xúc tại Bệnh viện Tâm thần Long An”***, tôi tự nguyện tham gia vào quá trình nghiên cứu này.

Trong quá trình nghiên cứu, mọi thông tin của tôi đều được giữ bí mật tuyệt đối và chỉ được công bố khi có sự đồng ý của tôi. Tôi cũng có thể rút lui khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào và vì bất kỳ lý do gì mà không phải chịu bất cứ một trách nhiệm nào.

Long An, ngày.....tháng.....năm 2019

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)